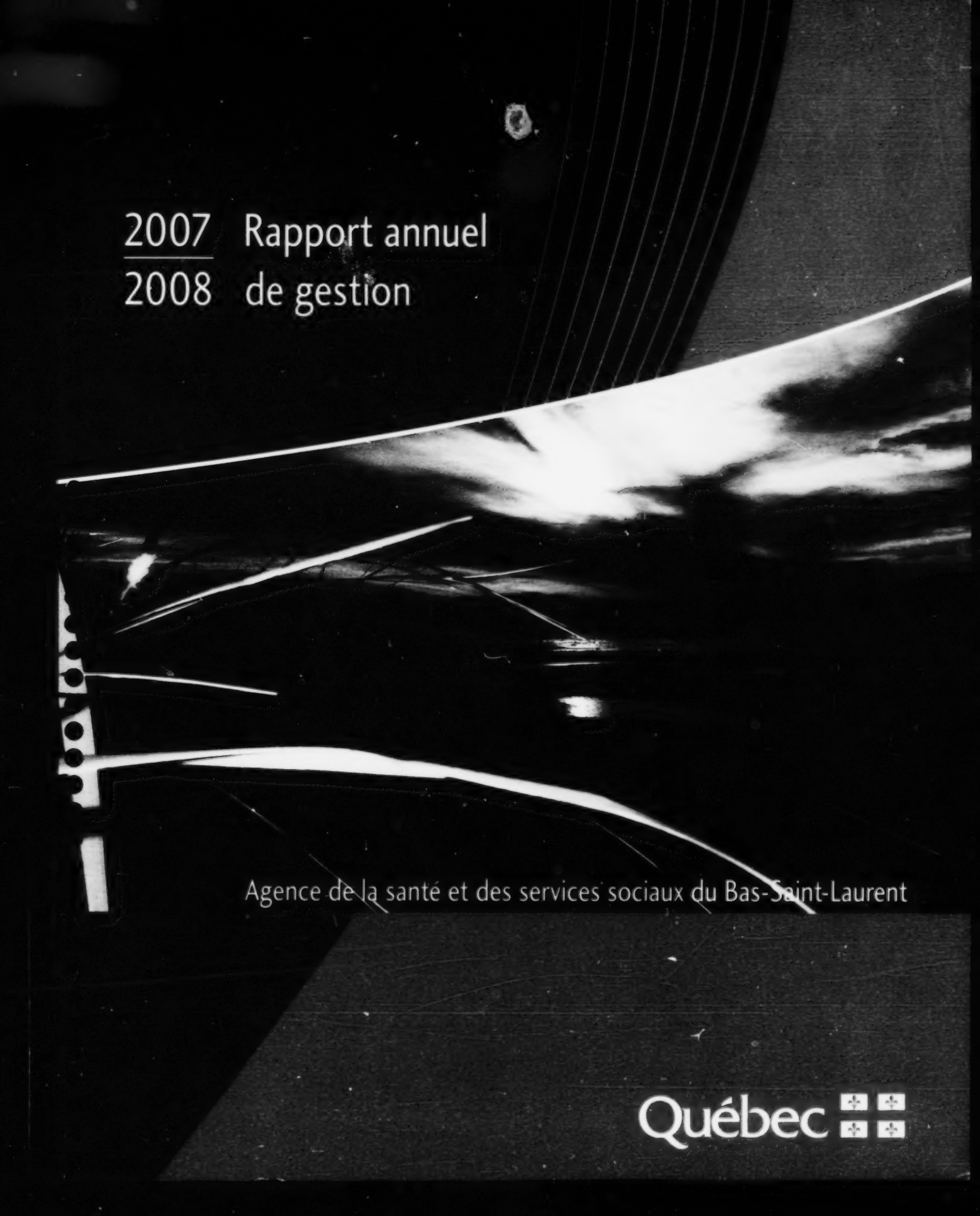


2007 Rapport annuel
2008 de gestion

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Québec

2007 2008 Rapport annuel de gestion

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Québec

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

Adopté par le conseil d'administration
Le 24 septembre 2008

Production
Direction de la planification, de l'intégration, de la qualité et des systèmes d'information

Édition
© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal
ISBN 978-2-923362-14-4
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008
Bibliothèque nationale du Canada, 2008

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination dans le seul but d'alléger le texte.

Photo page couverture : Tourisme BSL

TABLE DES MATIÈRES

Message du président-directeur général par intérim et du président du conseil d'administration 5

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 7

Chapitre 1 – Présentation de la région et des réseaux locaux de services

1.1 Territoire et population 11
1.2 Bilan de santé et déterminants 12
1.3 Réseaux locaux de services 13

Chapitre 2 – Présentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

2.1 Mission, rôle et responsabilités 23
2.2 Plan d'organisation, organigramme et effectifs 25
2.3 Travaux spécifiques 27
2.4 Conseil d'administration 29
2.5 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 30
2.6 Comité de vigilance et de la qualité 31
2.7 Forum de la population 32
2.8 Comité de vérification 33
2.9 Département régional de médecine générale – Comité de direction 33
2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 35
2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques 37
2.12 Commission infirmière régionale 38
2.13 Commission multidisciplinaire régionale 39
2.14 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes 40
2.15 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise 40

Chapitre 3 – Faits saillants de l'année et suivi de l'entente de gestion

3.1 Bilan général de l'entente de gestion 45
3.2 Rubrique « Un réseau qui innove et qui se démarque! » 47
3.3 Projet clinique : Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 53
3.4 Projet clinique : Maladies chroniques et cancer 58
3.5 Projet clinique : Santé mentale et suicide 62
3.6 Projet clinique : Jeunes 66

3.7 Programme de santé physique 73
3.8 Programme de santé publique 83
3.9 Services généraux et spécialisés 87
3.10 Dossier Qualité 95
3.11 Organismes communautaires 99
3.12 Ressources humaines 100
3.13 Ressources informationnelles 105
3.14 Projets d'immobilisations et achat d'équipements médicaux spécialisés 107

Chapitre 4 – Données financières 2007-2008

4.1 Résultats financiers de l'Agence 113
4.2 Allocations des ressources financières aux établissements 133
4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires/ enveloppe régionale de crédits 135

Annexe

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 143

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL PAR INTÉRIM ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ALAIN PAQUET

JEAN-PAUL MORIN

Au Bas-Saint-Laurent, l'année 2007-2008 a été marquée par la concrétisation et la mise en œuvre de plusieurs dossiers pour lesquels une somme imposante d'énergie avait été préalablement déployée compte tenu de leur importance stratégique et des retombées qu'ils génèrent.

Cette année, plusieurs réalisations sont dignes de mention pour leur apport réel à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de notre population. Nous nous permettons de n'en citer que quelques-unes : la clinique mobile de mammographie, la reconnaissance de quatre équipes territoriales en oncologie, le partenariat intersectoriel concernant les jeunes, le défi transport actif, les saines habitudes de vie ainsi que le dossier sur l'égalité hommes femmes (entente interministérielle de concert avec la Conférence régionale des éluEs du Bas-Saint-Laurent), la rétention des résidents en médecine qui terminent leur formation au sein de nos deux unités de médecine familiale (UMF) et qui ont tous choisi de pratiquer dans notre région, l'augmentation du nombre de clients qui bénéficient de suivis systématiques en maladies chroniques, le programme de sentinelles pour la prévention en santé mentale pour la clientèle des travailleurs agricoles et la certification « Ami des bébés » pour la maison des naissances (Maison Colette-Julien, CSSS de La Mitis). Nous vous invitons d'ailleurs à parcourir notre section *Rubrique « Un réseau qui innove et qui se démarque! »* pour en savoir davantage.

D'autres initiatives ont vu le jour et sont activement dans leur phase de consolidation : le travail amorcé pour la planification stratégique pluriannuelle régionale, le travail effectué conjointement par les pharmaciens et les médecins pour l'ordonnance collective en cessation tabagique qui permet aux pharmaciens d'agir en cette matière et ainsi désengorger les cabinets de médecins tout en offrant une accessibilité accrue, l'homologation par Santé Canada de deux unités dentaires mobiles assurant l'accessibilité sur le territoire du programme d'application des agents de scellement dentaire, le travail du Département régional de médecine générale (DRMG) et celui de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCMS) qui ont permis la mise en place de différents comités et groupes de travail pour l'amélioration de la pratique et la solution de problématiques régionales.

En ce qui concerne notre bilan régional de santé, la situation est sensiblement la même que celle qui prévalait l'an dernier : nous nous caractérisons principalement par un vieillissement de notre population et cela influence les besoins de services. Toutefois, comme ailleurs en province, nous vivons une augmentation de la natalité, sans pour autant réussir à renverser la tendance d'un solde migratoire négatif. Des bonnes nouvelles, par exemple notre population est plus active en ce qui concerne l'activité physique et le nombre de jeunes qui terminent leur scolarité secondaire augmente; ces deux éléments sont des déterminants positifs dans l'amélioration de la santé de notre population.

Au niveau de l'accessibilité, il faut noter les efforts permettant de dépasser la cible attendue pour le délai de traitement en radio-oncologie (92,5 % des patients traités à l'intérieur de 28 jours), l'accroissement de la capacité d'intervention en chirurgie de la cataracte (1 999 chirurgies pour une cible attendue de 1 674) et aucun patient en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche; globalement, notre

région a vu chuter ses listes d'attente en chirurgie de plus de 13,5 %. Également, un septième groupe de médecine de famille (GMF) vient de recevoir son accréditation dépassant ainsi notre cible régionale qui était de six.

Sur le plan des investissements, sur une base récurrente, près de quatre millions de dollars ont été consentis cette année pour le développement des services. Nous pouvons mentionner plus de 400 000 $ pour des services spécialisés en déficience auditive, motrice et du langage pour une accessibilité accrue dans l'ouest du territoire, plus de 1,2 million pour les jeunes en difficulté pour rehausser les services en santé mentale autant en Centre jeunesse que dans les CSSS, plus de 600 000 $ pour une amélioration des services de suivi en santé mentale, entre autres pour les personnes présentant un risque suicidaire. Le budget total 2007-2008 pour la région, incluant ce qui est versé aux organismes communautaires et aux transports ambulanciers, s'élève à plus de 460 millions de dollars.

Aussi, à compter du 30 juin 2008, notre gouvernance régionale accueille un nouveau président-directeur général en la personne de M. Claude Lévesque. Nous profitons donc de cette tribune pour lui souhaiter la bienvenue dans notre région et l'assurer de la collaboration de tout le réseau bas-laurentien dans la poursuite de ce qui a été entrepris.

Nous voulons également souligner le travail admirable accompli quotidiennement par l'ensemble du personnel œuvrant en santé et services sociaux pour offrir des services de qualité et, à cet effet, les récents sondages de satisfaction rendent justice à leur contribution et témoignent de l'appréciation de la population à leur endroit.

Nous espérons que vous consulterez ce rapport annuel 2007-2008 avec grand intérêt et qu'il vous permettra d'apprécier le travail accompli et les résultats concluants qui font que dans notre région nous pouvons affirmer « Parce qu'ensemble, nous faisons la différence! »

Le président-directeur général par intérim,

Alain Paquet

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

Signé le 27 juin 2008

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Le président-directeur général par intérim,

Alain Paquet

Signée à Rimouski le 6 juin 2008

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

1.1 Territoire et population

Les 101 676 femmes et les 100 016 hommes (201 692 au total[1]) que comptent les 8 territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans 117 municipalités. Plusieurs de ces villes, villages et paroisses sillonnent le fleuve sur ses quelque 300 km de côte entre La Pocatière et Les Méchins. Les autres sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 500 à un peu plus de 53 000 habitants.

Les projections de la population calculées par l'Institut de la statistique du Québec à partir du recensement de 2001 prévoyaient une diminution de près de 2 % de la population du Bas-Saint-Laurent entre 2001 et 2006. Or, si l'on se fie aux données du recensement de 2006, il semble que la population de la région soit pratiquement demeurée stable au cours de ces 5 années. À l'échelle des territoires municipaux toutefois, des variations démographiques sont observées. Parmi les 117 villes et villages que compte la région, 81 ont vu leur population diminuer (3 405 personnes au total) et 36 ont enregistré des hausses (3 428 personnes au total). Les municipalités qui ont perdu de leurs effectifs sont généralement de petites tailles, bien que certaines villes parmi les plus importantes de la région au plan démographique figurent dans cette liste : Amqui (- 212), Matane (- 206), Saint-Pascal (- 139), Trois-Pistoles (- 135), Dégelis (- 108), Cabano (- 14) et Mont-Joli (- 11). Pour ce qui est des municipalités qui ont vu leur population s'accroître, mentionnons que Rivière-du-Loup (+ 814), Rimouski (+ 691), Saint-Antonin (+ 385) et Sainte-Luce (+ 105) font partie de celles-ci.

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est celui qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2006, quelque 34 000 personnes du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 17 % de la population totale de la région, soit 3 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Dix années plus tôt, en 1996, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 14 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Malgré que la natalité connaisse un certain regain depuis 2005 au Bas-Saint-Laurent, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes qui la quittent (principalement les jeunes âgés de 15 à 24 ans) est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait amener une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait que les premiers « baby-boomers » franchiront les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement du vieillissement de la population. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur de 50 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (45 %).

1 Estimation de la population des régions administratives par groupe d'âge et sexe, 1er juillet des années 1996 à 2006 (découpage géographique au 1er juillet 2006). Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction de méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales.

1.2 Bilan de santé et déterminants

Bilan de santé

Bien que, dans l'ensemble, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Par exemple, étant donné que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,7 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2004 et 2005, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de décès par suicide plus élevés.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Toutefois, le Bas-Saint-Laurent se démarquerait de la province en ce qui a trait au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2006, près de 5 000 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 4 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé étant donné que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. L'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Kamouraska) et celle qui l'est le moins (Témiscouata). On note aussi que l'auto-évaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

Déterminants de l'état de santé de la population

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire.

On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province. Il est à mentionner toutefois que la population de la région aurait avantage à accroître sa consommation de fruits et de légumes. Les derniers chiffres à ce chapitre (2003) illustrent que six personnes sur dix en consomment moins de cinq portions par jour.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être de plus en plus active dans ses activités de loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 48 % en 2005. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes très actives et actives est passée de 26 % à 38 %.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on y observe un peu moins de personnes qui y vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que dans l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit en 2006 encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 28 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (22 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera. En effet, on observe depuis quelques années que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en 2004-2005, 19 % n'ont ni diplôme ni qualification, comparativement à 25 % au Québec.

1.3 Réseaux locaux de services

Découpage territorial

En faisant le choix de présenter succinctement chacun des réseaux locaux de services (RLS) de la région, l'Agence veut illustrer la priorité accordée à leur mise en place. Cette dernière est basée sur l'approche populationnelle qui vise à responsabiliser l'instance locale de chacun de ces territoires. Ceci impose aux dirigeants du réseau de réviser leurs façons de faire et de travailler dans un partenariat ouvert avec leur communauté dans les actions à poser pour améliorer la santé et le bien-être de la population qu'ils desservent.

Les choix qui ont prévalu pour la création des RLS portent principalement sur l'identification d'un territoire significatif pour la population dont les institutions du réseau étaient déjà fusionnées ou en voie de réaliser cette étape administrative; ceci est très près du découpage connu des huit MRC de la région.

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend donc huit RLS regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI);
- La région compte également un centre de réadaptation en déficience physique sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un centre de réadaptation pour les personnes

alcooliques et les autres personnes toxicomanes sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

Il faut toutefois noter que beaucoup d'autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, etc.) sont aussi impliqués dans chacun de ces territoires, et le rapport annuel propre à chaque établissement peut en témoigner de manière plus explicite.

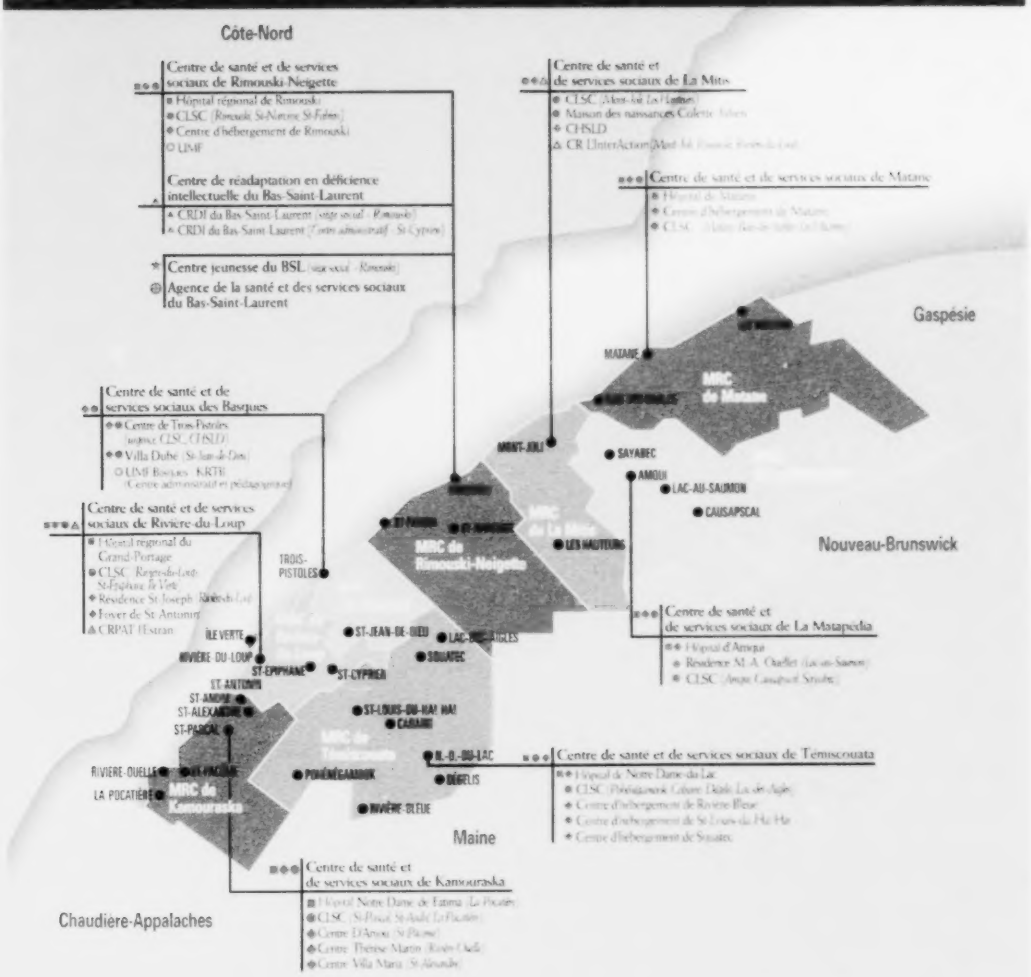
Les tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale de services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points en matière de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations

LE BAS-SAINT-LAURENT *Tout lui sourit!*



LEXIQUE ET LÉGENDE

- **CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- **CLSC** : Centre local de services communautaires
- **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- **CRPDI** : Centre de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles
- **CRDP** : Centre de réadaptation en déficience physique
- **CRPAT** : Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
- **CPEJ** : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- **CRJDA** : Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
- **ASSS** : Agence de la santé et des services sociaux
- **UMF** : Unité de médecine familiale

État des effectifs et ressources au niveau régional
Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux
Au 31 mars 2008

Effectifs et ressources	Caractéristiques
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 410 médecins, dont 236 médecins omnipraticiens et 174 spécialistes, une augmentation de 8 médecins au total depuis un an. Les plans d'effectifs autorisés par le Ministère (2008) sont respectivement de 260 médecins omnipraticiens et de 221 spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Six GMF sont en activité dans la région et plus de 55 700 personnes y sont inscrites.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 36 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 55 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 19 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier, dont 17 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 58 dentistes généralistes répartis dans 43 cliniques dentaires et 6 dentistes spécialistes, dont 2 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF) **Ressources intermédiaires (RI)**	La région peut compter sur un réseau de : - 140 familles d'accueil pour les enfants (378 places reconnues); - 162 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (622 places reconnues); - 78 ressources intermédiaires : 47 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 7 pour les jeunes, 11 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 12 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 1 pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 803 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Résidences privées pour personnes âgées	On dénombre dans la région 173 résidences inscrites au *Registre des résidences privées pour personnes âgées avec services*. Ce registre est constitué par l'Agence conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants impliquent 45 personnes et sont présents dans 3 municipalités et sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 11 réparties en 17 points de service et comptent 189 techniciens ambulanciers/paramédics.
Organismes communautaires	La région compte 126 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, ils reçoivent un financement annuel de plus de 13,4 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 634 personnes représentant 5 898 postes équivalents temps complet (2006-2007), dont 274,6 cadres équivalents temps complet et 5 623 syndiqués et non-syndiqués équivalents temps complet. La moyenne d'âge du personnel reste stable puisqu'au 31 mars 2007, elle était de 43,24 ans, tandis qu'au 31 mars 2008, elle était de 43,76 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	22 360	17	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB **La Pocatière :** ➪ Localisation du CH et point de service du CLSC ➪ Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) **Saint-Pascal :** ➪ Siège social du CSSS et localisation du CLSC ➪ Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (CRDI) **Ssaint-André :** ➪ Point de service du CLSC **Saint-Pacôme, Rivière-Ouelle et Saint-Alexandre :** ➪ Localisation de CHSLD
Rivière-du-Loup	33 390	14	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Rivière-du-Loup :** ➪ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD ➪ Centre administratif et point de service de L'Estran ➪ Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ➪ Point de service et deux unités de réadaptation du CJ ➪ Point de service du CRDI ➪ Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Cyprien :** ➪ Point de service de L'Estran ➪ Centre administratif et unité de réadaptation du CRDI **Saint-Antonin :** ➪ Localisation d'un CHSLD **Saint-Épiphane et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) :** ➪ Points de service du CLSC
Témiscouata	21 745	20	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Notre-Dame-du-Lac :** ➪ Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD ➪ Point de service de L'Estran **Cabano :** ➪ Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDI **Dégelis et Lac-des-Aigles :** ➪ Points de service du CLSC **Pohénégamook :** ➪ Point de service du CLSC et urgence de stabilisation **Rivière-Bleue :** ➪ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Squatec :** ➪ Localisation de CHSLD

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Les Basques	9 451	11	■ Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB **Trois-Pistoles :** ➪ Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD ➪ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI ➪ Unité de réadaptation du CJ **Saint-Jean-de-Dieu :** ➪ Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **Saint-Clément :** ➪ Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	53 545	10	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS (mission CH) offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte Nord; il est centre désigné pour la banque de sang pour les établissements du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie ainsi que du CH de Baie-Comeau ■ Le CSSS opère une UMF **Rimouski :** ➪ Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF ➪ Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ ➪ Point de service de L'Estran ➪ Siège social du CRDI et point de service du CRDI ➪ Point de service de L'InterAction ➪ Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Marcellin, Saint-Narcisse et Saint-Fabien :** ➪ Points de service du CLSC
La Mitis	19 390	16	■ Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) ■ Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction ■ Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-Santé ■ Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien **Mont-Joli :** ➪ Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD ➪ Centre administratif et point de service de L'InterAction ➪ Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDI **Les Hauteurs :** ➪ Point de service du CLSC **Price :** ➪ Localisation de lits de longue durée psychiatrique opérés par le CSSS de Rimouski-Neigette

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Caractéristiques générales

Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
La Matapédia	19 386	18	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Amqui :** ➪ Siège social du CSSS ➪ Localisation du CH ➪ Localisation du CLSC ➪ Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDI **Causapscal et Sayabec :** ➪ Points de service du CLSC **Lac-au-Saumon :** ➪ Localisation du CHSLD
Matane	22 425	11	■ Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Matane :** ➪ Siège social du CSSS ➪ Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD ➪ Point de service de L'Estran, du CRDI, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ **Baie-des-Sables :** ➪ Point de service du CLSC **Les Méchins :** ➪ Point de service du CLSC
TOTAL	201 692	117	■ 6 centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ■ 2 urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) ■ 15 sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ■ 8 centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant 26 points de desserte ■ 1 maison des naissances ■ 1 centrale régionalisée Info-Santé ■ 1 centre jeunesse (CJ) ayant 8 points de service en protection de la jeunesse et 7 unités de réadaptation ■ 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et 10 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et 3 points de desserte ■ 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et 10 points de desserte ■ 2 unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent
Établissements et partenaires en santé et services sociaux

Territoire	Budget Base annuelle (en millions de dollars)	Personnel*	Cliniques médicales	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	33,5	688	4		3	13
Rivière-du-Loup	72,9 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 413	8	2	11	20
Témiscouata	28,8	529	4	1	8	16
Les Basques	12,1	268	1	1	3	6
Rimouski-Neigette	129,2	2 066	14		16	34
La Mitis	36,7 (incluant le budget du CR L'InterAction)	716	2	1	5	11
La Matapédia	29,6	525	4	1	4	13
Matane	36,9	671	6		5	13
Établissements régionaux	CJ : 25,2 CRDI : 27,4	CJ : 376 CRDI : 382				
Sous-total établissements	**432,3**					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 13,9 Organismes communautaires : 13,6 GMF : 1,6					
TOTAL	**461,4**	**7 634**	**43**	**6**	**55**	**126**

* Total des personnes inscrites sur la liste du personnel, données du MSSS 2006-2007.

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

2.1 Mission, rôle et responsabilités

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Toutefois, l'adoption des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) redéfinit de façon considérable l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux, dont celui des agences. En effet, le tout vient confirmer l'introduction d'instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux, lesquelles doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit assumer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de leurs droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs** :

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et

s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

La gestion des ressources (art. 376 à 385) :

- Élaborer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
- S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
- Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

L'allocation des ressources (art. 350-351) :

- Allouer les budgets destinés aux établissements;
- Accorder les subventions aux organismes communautaires;
- Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
- Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

La santé publique (art. 371 à 375) :

- Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du *Plan d'action régional en santé publique*.

L'organisation des services (art. 346.1 à 349) :

- Élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
- Élaborer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
- Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

Les priorités de santé et de bien-être (art. 346-346.0) :

- Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
- Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 Plan d'organisation, organigramme et effectifs

Le *Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent* a été adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration et peut être consulté sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca. Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme.

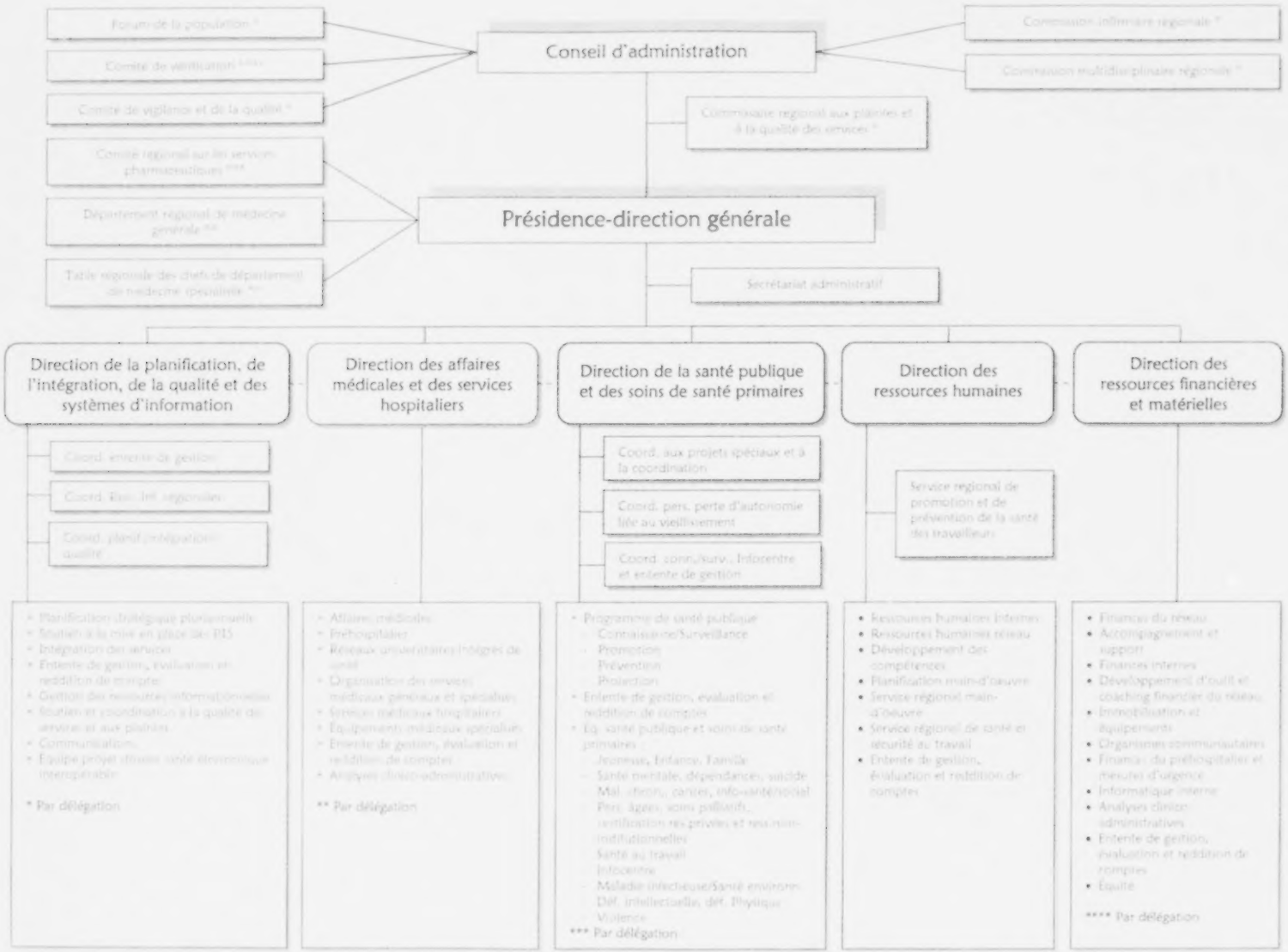
EFFECTIFS DE L'AGENCE (en date du 31 mars 2008) Note : tous les nombres sont convertis en équivalence temps complet (ETC)	2007-2008	2006-2007
Cadres		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	9	9
■ Temps partiel (ETC) Nombre de personnes : équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,45	0,45
■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers		
■ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	64	62
■ Temps partiel (ETC) Nombre de personnes : équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Employés occasionnels		
■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	13 335	9 994
■ Nombre d'employés en équivalence temps complet [b]	7,26	5,49
TOTAL	**80,71**	**76,94**

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures


Forum de la population *
Comité de vérification ***
Comité de vigilance et de la qualité *
Comité régional sur les services pharmaceutiques ****
Département régional de médecine générale **
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée **
Conseil d'administration
Commission infirmière régionale *
Commission multidisciplinaire régionale *
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services *
Présidence-direction générale
Secrétariat administratif
Direction de la planification, de l'intégration, de la qualité et des systèmes d'information
Direction des affaires médicales et des services hospitaliers
Direction de la santé publique et des soins de santé primaires
Direction des ressources humaines
Direction des ressources financières et matérielles
Coord. enjeux de gestion
Coord. équ. inf. régionales
Coord. planif./intégration/qualité
Coord. aux projets spéciaux et à la coordination
Coord. pers. perte d'autonomie liée au vieillissement
Coord. conn./surv., Info-centre et entente de gestion
Service régional de promotion et de prévention de la santé des travailleurs
* Planification stratégique pluriannuelle
* Soutien à la mise en place des RLS
* Intégration des services
* Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
* Gestion des ressources informationnelles
* Soutien et coordination à la qualité des services et aux plaintes
* Communication
* Équipe projet dossier santé électronique interopérable
* Par délégation
* Affaires médicales
* Prehospitalier
* Réseaux universitaires intégrés de santé
* Organisation des services médicaux généraux et spécialisés
* Services médicaux hospitaliers
* Équipements médicaux spécialisés
* Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
* Analyses clinico-administratives
** Par délégation
* Programme de santé publique
Connaissance/Surveillance
Promotion
Prévention
Protection
* Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
* Éq. santé publique et soins de santé primaires
Jeunesse, Enfance, Famille
Santé mentale, dépendances, suicide
Mal. chron., cancer, info-santé/social
Pers. âgées, soins palliatifs, certification res privées et res non-institutionnelles
Santé au travail
Info-centre
Maladie infectieuse/Santé environn.
Déf. intellectuelle, déf. Physique
Violence
*** Par délégation
* Ressources humaines internes
* Ressources humaines réseau
* Développement des compétences
* Planification main-d'œuvre
* Service régional main-d'œuvre
* Service régional de santé et sécurité au travail
* Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
* Finances du réseau
* Accompagnement et support
* Finances internes
* Développement d'outil et coaching financier du réseau
* Immobilisation et équipements
* Organismes communautaires
* Finances du préhospitalier et mesures d'urgence
* Informatique interne
* Analyses clinico-administratives
* Entente de gestion, évaluation et reddition de comptes
* Équité
**** Par délégation

2.3 Travaux spécifiques

Planification stratégique

Cette année, nous avons entrepris des travaux liés à notre planification stratégique pluriannuelle. Plusieurs étapes ont pu être franchies et de nombreux échanges ont eu lieu au sein de l'Agence avec les directeurs généraux des établissements, le Département régional de médecine générale (DRMG), la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, le conseil d'administration et le Forum de la population. Des commentaires nous sont également parvenus de la part du Mouvement Action Communautaire Bas St-Laurent, de la Commission infirmière régionale et de la Commission multidisciplinaire régionale.

Même si ce dossier se conclura en 2008-2009, on peut avancer certains éléments liés à ses fondements. Un énoncé de vision stratégique a été dégagé « *Consolider le réseau sociosanitaire bas-laurentien en affirmant une compétence distinctive en matière de réseautage et d'excellence des services permettant ainsi d'en assurer la pérennité* ». Le tout est soutenu par un système de valeurs, dont la pierre angulaire est le réseautage et l'interdépendance « ***Parce qu'ensemble, nous faisons la différence!*** », assorti des dimensions de respect, de responsabilisation et d'imputabilité, de cohérence et de transparence, et d'équité.

Tout en travaillant à la consolidation des huit réseaux locaux, des enjeux régionaux ont été avancés :

- Enjeu des technologies;
- Enjeu de la prestation adéquate des services auprès des clientèles vulnérables;
- Enjeu de l'attraction et de la rétention des cliniciens et gestionnaires;
- Cohésion et consolidation de notre réseau de services;
- Recherche constante de la qualité et hauts standards de performance;
- Contribution de la main-d'œuvre, organisation de la pratique médicale vs pérennité des services;
- Développement de notre image distinctive;
- Participation citoyenne.

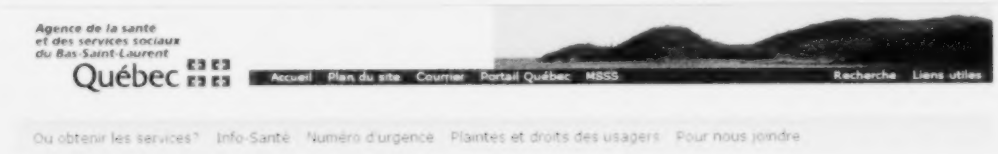
Aussi, six priorités d'action ont été avancées et feront l'objet de discussions plus approfondies, elles touchent :

- L'organisation des services dans une optique de cohésion et de consolidation de notre réseau de services;
- L'amélioration constante de la qualité et de la performance;
- La disponibilité et l'utilisation créative et mobilisatrice de la main-d'œuvre et des effectifs médicaux;
- L'apport des technologies et des ressources matérielles dans l'atteinte des résultats;
- Une situation financière saine qui permet de faire plus et mieux;
- Une mobilisation et une contribution de tous les partenaires dans l'atteinte de notre compétence distinctive régionale.

Consolidation du site Web

Différentes mesures ont été mises de l'avant afin d'augmenter de façon significative l'utilisation de notre site Web durant la dernière année, notamment le système de mise à jour. Le tableau suivant illustre bien la progression obtenue.

Si vous désirez consulter notre site : www.agencesssbsl.gouv.qc.ca



Des fiches sociosanitaires disponibles sur le Web

À l'automne 2007, une fiche sociosanitaire fut produite par l'équipe de surveillance, Infocentre et des ententes de gestion dans le but de diffuser des renseignements de santé au personnel du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à la population, et ce, pour chacun des huit territoires de réseaux locaux de services (RLS) du Bas-Saint-Laurent et des deux établissements régionaux (Centre jeunesse et CRDI du Bas-Saint-Laurent). Dans ces fiches, disponibles à la section Statistiques sur le site Internet de l'Agence, on y retrouve de l'information concernant le RLS (installations, nombre de places, ressources financières, humaines et matérielles) et d'autres données concernant la démographie, l'état de santé, les déterminants de l'état de santé, la périnatalité, les problèmes de santé et maladies chroniques, etc. Les données régionales et provinciales y sont aussi présentées lorsque disponibles. En 2008, l'équipe a aussi effectué une tournée des établissements dont l'objectif était de présenter le portrait de santé du territoire en utilisant, entre autres, les données contenues dans ces fiches.

2.4 Conseil d'administration

Vacance en cours d'année

Le siège dévolu à la Commission infirmière régionale (CIR) est devenu vacant en novembre 2007 à la suite de la perte de qualité du représentant qui ne siégeait plus à la CIR.

Composition (au 31 mars 2008)

Nom et MRC de provenance

- **M. Alyre Bois**
  Rivière-du-Loup
- **M^me^ Thérèse Des Groseillers**
  Kamouraska
- **M. Daniel Dionne**
  Rimouski-Neigette
- **M^me^ Denise Gentil**
  Matane
- **M^me^ Suzanne Guimond**
  Matane
- **M. Gaétan Lavoie**
  Matane
- **M^me^ Mireille Lavoie**
  Matane
- **M. Jean-Maurice Lechasseur**
  La Mitis
- **M^me^ Ginette Lepage**
  Rimouski-Neigette
- **M. Jean-Paul Morin**
  Rimouski-Neigette
- **M. Émilien Nadeau**
  Témiscouata
- **M. André Patry**
  Rimouski-Neigette
- **M. Daniel Rioux**
  Les Basques
- **M. Georges Roy**
  La Mitis

Membre de l'Agence

- **M. Alain Paquet**
  Président-directeur général par intérim

Éthique des administrateurs

Le *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration* de l'Agence est versé intégralement en annexe et tient compte des exigences de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie (L.Q., 1997, c. 6) et du Code civil du Québec (art. 321) concernant les administrateurs publics. Pour l'année 2007-2008, aucun manquement au *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration* n'a été signalé.

2.5 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

Mandat

- Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes.
- Entre autres fonctions, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle et la promotion du régime de traitement des plaintes pour la population de la région.
- Également, il dresse au besoin et au moins une fois l'an un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de la région. Ce rapport annuel est disponible en septembre, une fois adopté par le conseil d'administration.
- Outre les mandats qui lui sont propres, il exerce un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

Nomination

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est monsieur Yvon Delage et il occupe ses fonctions de manière exclusive depuis janvier 2007.

Principales activités de l'année

- Diffusion de 325 affiches promotionnelles et de 4 500 dépliants d'information distribués dans toute la région aux organismes communautaires, aux entreprises ambulancières, aux centres de communication santé, aux résidences pour personnes âgées, au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Bas-Saint-Laurent ainsi qu'auprès des bureaux de la députation provinciale de la région.
- Dépôt sur le site Internet de l'Agence du *Règlement de la procédure d'examen des plaintes de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent*. On y retrouve également les coordonnées :
  - des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de tous les établissements de santé et de services sociaux de la région;
  - des comités des usagers des établissements;
  - du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Bas-Saint-Laurent;
  - du Protecteur du citoyen.

2.6 Comité de vigilance et de la qualité

Mandat

- Veiller à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.
- Assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles en provenance du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

Composition (au 31 mars 2008)

Nom et fonction

- **M. Yvon Delage**
  Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
- **M. René Dumont**
  Directeur de la planification, de l'intégration et de la qualité par intérim, personne-ressource en soutien aux travaux du comité
- **M^me^ Thérèse Des Groseillers**
  Membre du conseil d'administration
- **M^me^ Mireille Lavoie**
  Membre du conseil d'administration
- **M. Alain Paquet**
  Président-directeur général par intérim
- **M. André Patry**
  Membre du conseil d'administration

Principales activités

- Le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à trois reprises, dont deux rencontres ont permis de prendre connaissance des rapports du commissaire régional sur les plaintes reçues.
- Compte tenu de la nature des plaintes et de leur suivi, le Comité de vigilance et de la qualité n'a pas formulé de recommandations au CA.
- Durant la dernière année, il n'y a pas eu de recommandations du Protecteur du citoyen s'adressant à l'Agence.
- Le comité a également adopté ses règles de fonctionnement.

2.7 Forum de la population

Mandat

- Assurer la mise en place des modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être.
- Formuler des recommandations au conseil d'administration sur les moyens à déployer pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services.

Composition (au 31 mars 2008)

Nom et MRC de provenance

- **M^me^ Ghislaine Beaulieu**
  La Mitis
- **M. Frédéric Bérubé**
  Rivière-du-Loup
- **M^me^ Marie-Laure Bossé**
  Témiscouata
- **M. Michel Côté**
  Matane
- **M^me^ Dorice Dubé**
  Rimouski-Neigette
- **M^me^ Annie Lachance**
  Rimouski-Neigette
- **M^me^ Ghislaine Lachance**
  Rimouski-Neigette
- **M. Hugues Langlois**
  Rimouski-Neigette
- **M. Alain Lavoie**
  Les Basques
- **M. Marcel Lebel**
  Rimouski-Neigette
- **M^me^ Madeleine Magnan**
  Rivière-du-Loup
- **M^me^ Ariane Olivier-Ouellet**
  La Mitis
- **M^me^ Marcelle Roussel**
  Les Basques
- **M. Jean-Yves Thériault**
  La Matapédia
- **M^me^ Françoise Tremblay**
  La Matapédia
- **M. Jean-François Tremblay**
  Rivière-du-Loup

Membre délégué par le PDG de l'Agence

- **M. René Dumont**
  Directeur de la planification, de l'intégration et de la qualité par intérim

Principales activités de l'année

- Désignation des nouveaux membres du Forum pour un mandat de trois ans; le tout s'est fait selon les modalités prévues à l'entente conclue avec la Conférence régionale des éluEs du Bas-Saint-Laurent. Vingt-neuf candidatures ont été reçues et dix-huit d'entre elles ont été retenues (le Forum doit comprendre entre quinze et vingt membres). La composition du Forum a permis une répartition entre les hommes (7) et les femmes (11), et les groupes d'âge (de 25 à 76 ans); tous les territoires ont pu être représentés et la continuité a pu être assurée par le fait que 6 anciens membres ont été renommés.
- Tenue de trois rencontres en 2007-2008 avec la participation du président-directeur général par intérim de l'Agence, M. Alain Paquet.
- Dépôt et adoption par le conseil d'administration de leurs règles de fonctionnement.
- Appropriation de différents éléments liés à l'organisation de la région, notamment le rapport annuel de gestion et le processus de planification stratégique.
- Information sur les résultats de la première partie de l'Enquête nationale sur la satisfaction des usagers et sur le Dossier de santé du Québec (DSQ).
- Partage de commentaires sur la première partie (les fondements) de la *Planification stratégique pluriannuelle régionale*.

2.8 Comité de vérification

Mandat

- Assister le conseil d'administration dans l'exercice de ses responsabilités quant à la surveillance du processus d'information financière.
- Faire les recommandations requises au conseil d'administration.
- Voir au suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec.

Composition (au 31 mars 2008)

- **M^me^ Mireille Lavoie**
- **M. Émilien Nadeau**
- **M. Georges Roy**

Membre délégué par le PDG de l'Agence

- **M. Daniel Lévesque**
  Directeur des ressources financières et matérielles

Principales activités de l'année

- Toutes les activités de cette année ont été des activités courantes.

2.9 Département régional de médecine générale – Comité de direction

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et l'organisation des services médicaux généraux.

Composition (au 31 mars 2008)

Membres élus

- **D^r^ Guy Rossignol**
  Chef du département
- **D^r^ Serge Gravel**
  Chef adjoint du département
- **D^r^ Gaétan Y. Lavoie**

Membres cooptés

- **D^re^ Diane Comeau**
- **D^r^ Jacques Gagné**
- **D^r^ Jean Hudon**
- **D^re^ Carole Lajoie**
- **D^re^ Linda Landry**
- **D^r^ Louis St-Pierre**
- **D^re^ Jacynthe Vallée**

Membre observateur

- **D^r^ Éric Lavoie**

Autres membres en provenance de l'Agence

- **M. Alain Paquet**
  Président-directeur général par intérim (membre d'office)
- **D^r^ Jacques Levasseur**
  Directeur des affaires médicales et des services hospitaliers, médecin désigné par le PDG

Principales activités de l'année

- Dépôt d'avis et de recommandations sur l'organisation des services médicaux de première ligne du Bas-Saint-Laurent, notamment :
  - dépôt et adoption du *Plan régional d'organisation de services médicaux de première ligne* (juin 2007);
  - travaux portant sur la prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline;
  - recommandation pour adoption de l'offre de service en GMF.
- Accord concernant le renouvellement de l'entente 149 pour les CSSS de Matane et de La Matapédia, l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac et le CLSC de Pohénégamook.
- Consolidation d'une cible de 88 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omnipratique à travers l'annonce d'un ajout de 16 médecins de famille par le ministre en 2008.
- Désignation des territoires prioritaires pour les médecins boursiers en 2008 : CSSS de Témiscouata, CSSS de La Matapédia, CSSS de Kamouraska et CSSS de Matane.
- Appui et mise en place d'un sous-comité de travail du DRMG pour soutenir l'implantation de la Clinique médicale virtuelle (CMV) et du Dossier de santé du Québec (DSQ) auprès des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent.
- Compte tenu de l'ampleur des travaux portant sur la première ligne et du rôle régional que doit assumer le DRMG, divers comités et sous-comités de travail ont été mis sur pied tandis que d'autres seront mis à contribution au cours des mois à venir : comité sur les activités médicales particulières (AMP), comité sur les groupes de médecine de famille (GMF), comité pour le *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux* (PROSMG).
- Diffusion de deux formations régionales sur les ordonnances collectives : « Contraception hormonale » et « Loi 90 : Collaboration médecins infirmières ».
- Avis sur différentes situations impliquant une modification de l'offre de service en médecine générale ou pratique individuelle de certains médecins de la région.
- Avis donné à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) concernant la *Proposition de modèles de soins en médecine familiale*.
- Soutien aux travaux du sous-comité de travail sur la révision des services de soins primaires pour le CSSS de Rimouski-Neigette.
- Collaboration à la coordination de l'offre des services médicaux de première ligne pour la période des fêtes.
- Appui à la proposition d'un modèle d'organisation des soins et services pharmaceutiques pour le suivi des patients anticoagulés pour la région du Bas-Saint-Laurent.
- Participation aux travaux sur la planification stratégique pluriannuelle.
- Participation à un projet d'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant les possibilités d'action visant l'adéquation entre choix professionnels des médecins généralistes et besoins régionaux en effectifs médicaux.
- Recommandation de partenariat entre la Coopérative de santé de Matane et le futur GMF de Matane, impliquant des modalités de fonctionnement d'accès aux services de santé.
- Recommandation de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac comme centre désigné pour la garde en disponibilité pour les victimes d'agression sexuelle.
- Participation au comité de travail portant sur l'élaboration d'un cadre de gestion entourant l'impact budgétaire relié à l'arrivée d'un spécialiste.

2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Mandat

- Faire des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en spécialités.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification et l'organisation des services médicaux spécialisés.

Composition (au 31 mars 2008)

Membres élus

- **Dr Pierre Harvey**
  Président
- **Dr Yves Nadeau**
  Vice-président
- **Dr Benoit Verret**

Membres cooptés

- **Dr Simon Bégin**
  (démissionnaire le 11 mars 2008)
- **Dr Gilles Couture**
- **Dr Jean-François D'Amours**
- **Dr Daniel Dionne**
- **Dr Claude Dufour**
- **Dre Nathalie Gagné**
- **Dre Jocelyne Riberdy**
  Secrétaire

Autres membres en provenance de l'Agence

- **M. Alain Paquet**
  Président-directeur général par intérim, membre d'office
- **Dr Jacques Levasseur**
  Directeur des affaires médicales et des services hospitaliers, invité permanent
- **Dr Michel Y. Pelletier**
  Médecin-conseil, invité permanent

Principales activités de l'année

- Sept réunions ont été tenues au cours de l'année, dont quatre par visioconférence, une par conférence téléphonique et une conjointement avec le DRMG; une réunion a été annulée en raison des moyens de pression de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) concernant la rémunération des participants.
- Priorités de travail retenues en matière d'organisation des services : radiologie, anesthésiologie et chirurgie générale avec désignation de groupes de travail pour assurer l'avancement de ces dossiers.
- Discussion en comité de direction et avec des responsables ministériels de l'accès sur l'implantation des mécanismes d'accès aux soins spécialisés découlant de la loi 33.
- Désignation de membres pour participer aux travaux des tables de concertation mises en place par le RUIS-Laval, nommément en pédiatrie, en cardiologie, en cancérologie et en génétique.
- Production d'avis concernant le *Plan régional des effectifs médicaux (PREM) 2008* et la liste d'acquisitions prioritaires des équipements médicaux spécialisés pour 2008.
- Suivi spécifique de l'état des ruptures de services dans les spécialités de base et sur le problème des ruptures de services en orthopédie à Rivière-du-Loup.
- Prise de connaissance de l'accès aux services spécialisés en neurologie et des difficultés de couverture de la garde aux plans régional et suprarégional.
- Production d'un avis sur la pertinence du dossier de la gestion des médicaments en établissement et questionnement sur le financement de ce projet dans le cadre des équipements médicaux spécialisés.
- Réflexion sur la question des services régionaux dans la perspective d'une nouvelle définition du concept de centre

hospitalier régional qui serait compatible avec notre réalité bas-laurentienne tant géographique que démographique et historique.

- Participation à une réunion de travail sur la planification stratégique pluriannuelle de l'Agence.
- Tenue de l'assemblée générale annuelle le 21 novembre 2007 au cours de laquelle a été faite la revue des activités depuis la création de la Table et ont été discutés les objectifs de la prochaine année et les difficultés vécues en raison de ruptures de services en orthopédie et en neurologie.

Création de groupes de travail

Afin de répondre aux exigences de la loi qui prescrit à la Table des chefs de définir et de proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés par discipline médicale, celle-ci a formé des groupes de travail dans des spécialités jugées prioritaires en matière d'organisation. Des groupes ont donc été formés en imagerie médicale, en anesthésie et chirurgie générale, et dans le domaine des laboratoires.

Le groupe d'imagerie médicale a poursuivi ses travaux initiés en 2006-2007 et s'est réuni à deux reprises; un plan régional d'organisation des services, tenant compte du déploiement prochain d'un système régional d'archivage de l'imagerie diagnostique, est en voie de finalisation. Le groupe a aussi traité de l'organisation du dépistage radiologique du cancer du sein à l'aide d'un équipement mobile de mammographie.

Le groupe de travail en anesthésie et chirurgie générale s'est aussi réuni à deux reprises. Les discussions des membres se sont orientées vers des questions fondamentales d'accessibilité des services d'anesthésie et de chirurgie générale dans l'ensemble des établissements compte tenu des pénuries de ressources spécialisées prévues à moyen terme.

Les chefs de laboratoires se sont réunis à une occasion pour discuter d'un plan de travail et de la rationalisation nécessaire des centaines de catégories d'examens de laboratoire de niveaux local, régional et suprarégional dispensés dans chacun des établissements.

2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques

Mandat

- Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services, le comité régional sur les services pharmaceutiques exerce, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, les responsabilités suivantes :
  - Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
  - Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
  - Donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

Composition (au 31 mars 2008)

Membres élus

- **M. James Hill**
  CSSS de Rimouski-Neigette
- **M^me^ Geneviève Patry**
  Rimouski-Neigette
- **M. Stéphane Plante**
  Rimouski-Neigette

Membres cooptés

- **M^me^ Marlène Collard**
  Kamouraska
- **M^me^ Julie Lagacé**
  CSSS de Matane, présidente
- **M. Éric Couillard**
  Pharmacien propriétaire
- **M^me^ Marilyn Ouellet**
  CSSS de La Matapédia

Autre membre en provenance de l'Agence

- **M^me^ Marie-Josée Papillon**
  Pharmacienne déléguée par le PDG

Principales activités de l'année

- Cinq réunions ont eu lieu.
- Le chantier de travail en anticoagulothérapie a été mené à terme. Le Comité régional sur les services pharmaceutiques a produit un *Modèle d'organisation des soins et services pour le suivi des patients anticoagulés*. Ce modèle a été présenté au DRMG et dans certains établissements du territoire.
- Les travaux ont été amorcés pour développer une ordonnance collective en cessation tabagique.

2.12 Commission infirmière régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

Composition (au 31 mars 2008)

- **M^me^ Michelle Beaulieu**
  CSSS de Témiscouata
- **M^me^ Suzanne Beaulieu**
  CSSS de Rivière-du-Loup
- **M^me^ Ghislaine Boucher**
  CSSS de Rivière-du-Loup
- **M^me^ Johanne Bouffard**
  CSSS de Matane
- **M^me^ Nathalie Cummings**
  CSSS de Rimouski-Neigette
- **M^me^ Édith Lévesque**
  CSSS de Rivière-du-Loup
- **M^me^ Jacqueline Lévesque**
  CSSS de Kamouraska
- **M^me^ Esther Otis**
  Agence du Bas-Saint-Laurent
- **M^me^ Nicole Ouellet**
  UQAR
- **M^me^ Lynn Paradis**
  OIIR
- **M^me^ Josette Philippe**
  CSSS de Témiscouata
- **M^me^ Alexandra Proulx**
  CSSS de La Mitis
- **M^me^ Hélène Sirois**
  CSSS de Kamouraska
- **M. Marc-André Thériault**
  CSSS des Basques
- **M^me^ Johanne Turcotte**
  Cégep de Matane

Principales activités de l'année

- Trois rencontres ont eu lieu.
- Des travaux ont eu cours sur le plan thérapeutique infirmier, le modèle conceptuel McGill en soins infirmiers, le consortium DEC/BACC, l'infirmière praticienne de première ligne et le plan régional de révision du circuit du médicament.
- Des rencontres conjointes avec la Commission multidisciplinaire régionale ont eu lieu sur des sujets d'intérêt commun comme la loi 90, le Dossier de santé du Québec (DSQ), la planification stratégique et la nomenclature des services en santé mentale offerts aux jeunes, aux adultes et à leurs proches.

2.13 Commission multidisciplinaire régionale

Mandat

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner son avis sur les approches novatrices touchant leurs secteurs d'intervention et les incidences qui en découlent.

Composition (au 31 mars 2008)

- **M^me^ Dany Caron**
  CSSS de Matane
- **M. Alain Côté**
  CRDI du Bas-Saint-Laurent
- **M^me^ Thérèse Des Groseillers**
  CSSS de Kamouraska
- **M. René Dumont**
  Agence du Bas-Saint-Laurent
- **M. René Fradette**
  Cégep de La Pocatière
- **M. Gaston Lagacé**
  CSSS de Kamouraska
- **M. Christian Lévesque**
  CSSS de La Mitis
- **M^me^ Claire Page**
  UQAR
- **M^me^ Lise Ross**
  CSSS de Matane
- **M. Sarto Roy**
  UQAR
- **M. Claude St-Laurent**
  CRDI du Bas-Saint-Laurent
- **M^me^ Lise Verreault**
  CSSS de Kamouraska

Principales activités de l'année

- Trois rencontres ont eu lieu.
- Des travaux ont eu cours sur le fonctionnement de la Commission multidisciplinaire régionale, sur des aspects de la nomenclature des services en santé mentale qui ont des impacts sur la pratique des intervenants et sur la planification stratégique.
- Des rencontres conjointes avec la Commission infirmière régionale ont eu lieu sur des sujets d'intérêt commun comme la loi 90, le Dossier de santé du Québec (DSQ), la planification stratégique et la nomenclature des services en santé mentale aux jeunes, aux adultes et à leurs proches.
- Production d'un avis sur la mobilisation des conseils multidisciplinaires des établissements, lequel a été déposé au conseil d'administration de l'Agence et à la Table des directeurs généraux.

2.14 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes

Mandat

- Conseiller, donner son avis à l'Agence sur toute problématique influençant l'état de santé et de bien-être des femmes et assurer des services accessibles et adaptés à la réalité des femmes du territoire.
- Ce comité est un comité consultatif, il adressera ses recommandations à la direction générale de l'Agence qui les transmettra au conseil d'administration.

Composition

- Huit membres, dont six femmes désignées par la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent, la répondante régionale du Conseil du statut de la femme et la représentante à la condition féminine de l'Agence.

Principales activités de l'année

- Continuité de l'implication dans les dossiers de l'hypersexualisation et de la santé des femmes.
- Travaux préliminaires pour documenter le prochain avis qui sera présenté au conseil d'administration sur la surmédicalisation des femmes.
- Collaboration à la réalisation des travaux prévus au plan d'action découlant du *Plan d'action gouvernemental en matière d'égalité entre les hommes et les femmes*; à ce chapitre, l'Agence a signé une entente spécifique avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ) du Bas-Saint-Laurent à laquelle d'autres ministères et organismes sont partenaires.

2.15 Comité régional d'accès aux services en langue anglaise

Mandat

Le comité est responsable envers le président-directeur général de l'Agence de donner son avis sur :

- Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
- Toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, élaborer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

Situation régionale

Population anglophone

Selon les données de Statistique Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable). La majorité des

personnes d'expression anglaise se trouve dans les MRC de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré par l'Agence, en collaboration avec le comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

Composition

- Le Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise est composé de six personnes :
  - Deux représentantes de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer;
  - Une représentante de Heritage Lower Saint-Lawrence, un organisme communautaire dont le mandat couvre l'ensemble de la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent;
  - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette;
  - Une représentante du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis;
  - La coordonnatrice pour le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

- La présidente est M[me] Kathy Dodson, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer.

Principales activités de l'année

- Relance active du comité et consolidation des services en langue anglaise dans les deux établissements ciblés.
- Dépôt du rapport d'activités dans le cadre du projet Canada-Québec pour les services en langue anglaise. Ce projet visait à établir les liaisons nécessaires pour faciliter l'accès aux services de santé et de services sociaux à la clientèle d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent. Une agente de liaison est en place et les activités prévues se sont réalisées (recensement, sessions de consultation et d'information, sensibilisation, bottin des services, etc.).

CHAPITRE 3

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE ET SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

3.1 Bilan général de l'entente de gestion

Propos du président-directeur général par intérim

Outre les tableaux de reddition de comptes qui ont été intégrés à l'intérieur des différentes rubriques qui suivent, d'autres dimensions sont à prendre en considération dans le cycle des ententes de gestion et, à ce titre, nous reproduisons ici intégralement le texte d'avant-propos du *Bilan de suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, juin 2008* de M. Alain Paquet, président-directeur général par intérim.

« Le présent bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le ministère de la Santé et des Services sociaux marque la fin de la cinquième année pour laquelle un suivi de gestion est exercé par l'Agence.

De façon continue, des efforts sont déployés afin d'assurer une fiabilité optimale des données du suivi de gestion et d'améliorer les outils de diffusion de l'information aux gestionnaires de l'Agence et des établissements.

Dès le début de l'année, le tableau de bord régional du suivi de gestion, qui est publié périodiquement, a fait l'objet de modifications importantes, principalement en ce qui concerne les modalités d'estimation des résultats attendus et des écarts aux cibles. Le processus menant à sa préparation et sa diffusion fait en sorte que l'information est disponible rapidement dès que l'ensemble des données est transmis par les établissements.

Le suivi de gestion, tout comme le suivi budgétaire, représente maintenant une fonction essentielle pour laquelle les gestionnaires et les intervenants concernés s'appliquent activement. Le monitorage des différents indicateurs fait l'objet d'une attention soutenue, tout comme la reddition de comptes qui imprime au réseau régional une direction d'ensemble, un suivi assidu de ses secteurs critiques, une clarification des responsabilités de chacun et une rigueur accrue des systèmes de gestion. »

Résultats en lien avec les cibles ministérielles

En général, la région présente des résultats assez favorables quant aux cibles contenues à l'entente de gestion et d'imputabilité qui font l'objet d'un suivi de gestion; 59 % des indicateurs (41/69) ont rencontré les cibles prévues pour 2007-2008. Il existe cependant quelques indicateurs qui font état d'un écart, notamment :

- **Dans le domaine des infections nosocomiales,** la difficulté se situe davantage dans l'application des lignes directrices qui ont été disponibles que tardivement, le tout devrait donc se rétablir cette année.
- **Au niveau du dépistage des infections transmissibles par le sang et sexuellement,** la cible attendue pour des activités hors des murs des établissements désignés affiche un faible niveau, mais ceci s'explique par le fait que dans notre région, la presque totalité des activités se fait dans les centres désignés « intra-muros ».
- **En déficience physique,** il y a une légère diminution dans le nombre d'usagers desservis, mais les heures disponibles n'ont pas été modifiées. Aussi, dans ce secteur d'intervention, plusieurs thérapeutes se sont absentés pour diverses raisons (maternité, maladie, congé parental) et la difficulté de recrutement a influencé le volume d'activités attendu.
- **En déficience intellectuelle et pour les troubles envahissants du développement (TED),** l'intensité des services en soutien à domicile a légèrement diminué, mais plus de personnes ont été desservies. Il faut indiquer que plus de 600 personnes présentant cette nature de besoin sont actuellement hébergées en ressources intermédiaires ou de type familial et que ces ressources sont en partie en mesure de répondre aux besoins d'aide à la vie quotidienne ou domestique.

- **Au niveau des jeunes en difficulté**, il faut lire les données en ayant en perspective qu'un effort particulier a été mis pour réduire de manière importante la liste d'attente; en fait, tous les cas en attente ont été évalués, mais cela a eu l'effet d'augmenter les moyennes de délais. Toutefois, des pratiques de gestion très serrées ont cours au Centre jeunesse et le tout devrait aussi se stabiliser cette année.
- **Au niveau du jeu pathologique,** même si la cible est atteinte à 91 %, il faut poursuivre les efforts pour que l'offre des services spécialisés en jeu pathologique soit mieux connue et conséquemment davantage utilisée. Un travail doit aussi se faire pour la mise en place d'une trajectoire de services en dépendances pour tout le Bas-Saint-Laurent.
- **Au niveau des services de première ligne en santé mentale,** quoique la situation soit meilleure que l'an dernier, il faut noter que ce sera durant l'année 2008-2009 que les efforts d'investissement consenti porteront ses fruits, car l'embauche du personnel prévu ne s'est complétée qu'en fin d'année financière.
- **Au plan des urgences,** la région connaît toujours des difficultés principalement avec l'occupation des lits en courte durée par des personnes orientées en longue durée, ce qui réduit d'autant la disponibilité de ces lits pour les soins aigus, le tout ayant un effet direct sur les personnes à l'urgence en attente d'hospitalisation.
- **En chirurgie,** dans les faits, la région a vu chuter ses listes d'attente de plus de 13,5 %. Les données utilisées cette année ont subi un facteur de conversion et ainsi l'effet comparatif ne peut pas se faire de la même manière.

RÉSULTATS EN LIEN AVEC LES CIBLES RÉGIONALES

Outre les cibles ministérielles de services, les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements contiennent des cibles régionales visant à mieux articuler les priorités nationales, régionales et locales. L'atteinte de ces cibles fait également l'objet d'un suivi de l'Agence et l'avancement de ces travaux est variable en fonction des territoires et de la clientèle touchée.

Les différentes cibles pour l'entente de gestion présentement en cours touchent plusieurs domaines et pour connaître ce qui a été réalisé dans le secteur visé, nous vous invitons à consulter les rubriques correspondantes dans le rapport annuel :

- **Initiative « Ami des bébés »**, **École en santé** et **équipes de première ligne en santé mentale jeunesse** (Projet clinique Jeunes);
- Plan de transformation des **services aux aînés en perte d'autonomie**, **plans d'intervention ou plans de services individualisés** en soutien à domicile (Projet clinique Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement);
- **Corridors de services entre la première et la deuxième ligne** des programmes de déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté, dépendances et santé mentale (voir les différentes rubriques traitant de ces sujets);
- **Intégration des activités** de prévention, promotion, dépistage et intervention précoce en dépendances, diversification des **services résidentiels en santé mentale** (Projet clinique Santé mentale);
- **Listes d'attente en chirurgie** (Programme santé physique);
- **Programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques** (Projet clinique Maladies chroniques).

3.2 Rubrique

« Un réseau qui innove et qui se démarque! »

Nous sommes un réseau qui réalise, qui innove, qui implante avec succès, qui résout, qui améliore…

Mais rarement, nous sommes à l'avant-scène pour faire la promotion de bons coups pour valoriser ceux qui sont à l'origine de ces réalisations, pour donner de l'énergie à ceux qui sont sur le terrain, pour dire à la population combien ce réseau se préoccupe d'eux.

Cette année, plusieurs réalisations sont dignes de mention pour leur apport réel à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de notre population. Nous sommes fiers de vous en présenter quelques-unes.

Inauguration de l'unité mobile de mammographie SARA

Ce projet s'est mis en branle grâce aux efforts concertés de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, du CSSS de Rivière-du-Loup à titre d'établissement gestionnaire ainsi que des autres CSSS de la région qui collaborent à la bonne réalisation de ce projet.

Grâce à l'unité mobile de mammographie SARA (Service Ambulatoire Radiologique Accessible), inaugurée en octobre 2007, les femmes de tout le Bas-Saint-Laurent peuvent maintenant avoir leurs examens dans leur milieu. Pour les 7 premiers mois d'opération, 2 346 mammographies ont été réalisées dans l'unité mobile SARA. La gestion des opérations est confiée au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. La satisfaction est très grande de la part des femmes et l'accessibilité près de leur domicile, l'accueil chaleureux et l'environnement sont des éléments positifs qui ressortent de leurs commentaires.

Aussi, le ministre des Ressources naturelles et de la Faune, ministre responsable de la région et député de Kamouraska-Témiscouata, M. Claude Béchard, a confirmé une aide financière de 500 000 $ pour soutenir le projet de clinique mobile de mammographie du Bas-Saint-Laurent.

Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux – L'ACEQ reçoit un prix d'excellence et M.A.IN.S BSL a une mention d'honneur

À l'occasion de la cérémonie de remise des Prix d'excellence 2006-2007 du réseau de la santé et des services sociaux, deux organismes communautaires et un établissement de notre région se sont démarqués.

L'Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ) a reçu le Prix d'excellence dans la catégorie « Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables ». Ce prix vient reconnaître le travail remarquable de cet organisme en matière de services de soutien, d'entraide, d'hébergement et d'information auprès des personnes vivant avec un diagnostic de cancer et leurs proches. Cet organisme rayonne dans notre région et dans tout l'Est du Québec avec l'apport de plus de 3 000 bénévoles.

M^me^ Marie-Hélène Chouinard, M. Philippe Couillard, M^me^ Sylvie Renaud, M. Georges Levesque et M. Alain Paquet

Pour sa part, le Mouvement d'Aide et d'INformation Sida Bas-Saint-Laurent (M.A.IN.S. BSL) s'est vu décerner une mention d'honneur dans la catégorie « Prévention et protection de la santé et du bien-être ». Cette reconnaissance vient témoigner des efforts de cet organisme en matière de prévention des infections au VIH et de leur rôle clé en matière d'information auprès de la population. D'ailleurs, cet organisme a conçu un outil multimédia qui est distribué partout au Canada et même en Europe. Aussi, des 159 candidatures soumises à ce Prix d'excellence, 4 étaient en provenance de la région et outre les deux récipiendaires, le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia a été finaliste dans la catégorie « Intégration des services ».

M. Vic Talbot, M^me^ Annie Lachance, M. Philippe Couillard, M. Martino Laruë, M. Serge Dumont, M. Laurent Gasse, M^me^ Valérie Ouellet et M. Alain Paquet

Un partenariat stratégique entre le réseau collégial et le réseau de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de main-d'œuvre

Les cinq cégeps de l'Est du Québec, l'Agence du Bas-Saint-Laurent et l'Agence de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont uni leurs efforts en créant un partenariat stratégique pour mettre à profit les connaissances, les compétences et les ressources dont disposent ces deux réseaux afin, d'une part, de favoriser l'inscription des étudiants à l'intérieur des programmes de formation et, d'autre part, de faciliter leur intégration sur le marché du travail. De plus, cette alliance permettra éventuellement de faire face aux besoins de main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le tout a été lancé lors d'une conférence de presse tenue au printemps 2008.

Cent pour cent des finissants des deux UMF ont choisi de pratiquer dans notre région

La présence de deux unités de médecine familiale (UMF) dans le Bas-Saint-Laurent permet non seulement à nos étudiants d'expérimenter la pratique de la médecine familiale en région, mais également d'en découvrir et d'en apprécier les forces vives et l'environnement. Tout cela est essentiel pour que les jeunes médecins puissent envisager y demeurer et y pratiquer. De plus, les médecins déjà établis en région ont ainsi la possibilité d'y enseigner, ce qui est souvent un facteur de rétention intéressant.

Des résultats très positifs pour la région du Bas-Saint-Laurent ressortent de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec

Au moins 95 % des personnes vivant au Bas-Saint-Laurent et ayant consulté, au cours des 12 mois précédant l'enquête, un professionnel de la santé ou des services sociaux à l'hôpital, à la clinique médicale ou au CLSC se disent « assez satisfaites » ou même « très satisfaites » des services reçus.

Pour une deuxième année consécutive, le Bas-Saint-Laurent remporte un prix dans le cadre du Défi Santé 5/30

La région du Bas-Saint-Laurent s'est vu remettre encore cette année la Coupe Argent avec 4 801 inscriptions, une augmentation de près de 2 400 inscriptions par rapport à l'année précédente.

Désignation officielle des équipes interdisciplinaires en oncologie

L'Agence du Bas-Saint-Laurent et les huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont développé sur le territoire bas-laurentien des équipes locales responsables d'offrir des services

de lutte contre le cancer. Ces équipes interdisciplinaires formées de médecins et de professionnels permettent d'offrir aux personnes atteintes de cancer davantage de traitements de chimiothérapie dans leur hôpital local au lieu de se déplacer dans les grands centres.

Une première désignation formelle a été octroyée le 5 décembre 2007 aux équipes interdisciplinaires locales en oncologie des CSSS de Matane, de Rimouski-Neigette, de Rivière-du-Loup et de Témiscouata, les travaux se poursuivant au sein des autres CSSS. Ces désignations sont en vigueur dès maintenant comme en témoigne la remise des certificats émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

M. Nelson Charrette, chef du programme de lutte contre le cancer de Rimouski-Neigette, reçoit le certificat de désignation pour son équipe par le Dr Sylvain Leduc.

Aucune pénurie de techniciens ambulanciers dans la région du Bas-Saint-Laurent

Sur le plan de la formation générale, les étudiants de la première cohorte du programme d'attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières offert par le Cégep de Rivière-du-Loup terminaient la formation en décembre 2007. La majorité de ces étudiants a été embauchée par des entreprises ambulancières de la région. Deux autres cohortes sont présentement en cours. Une quarantaine d'étudiants devraient donc être disponibles sur le marché du travail d'ici décembre 2009. Ceci fait en sorte que la région du Bas-Saint-Laurent ne vit aucune pénurie de personnel qualifié dans ce domaine contrairement à d'autres régions au Québec.

Plan d'action visant l'amélioration de l'accessibilité à un médecin de famille pour la clientèle vulnérable

L'Agence et les CSSS du Bas-Saint-Laurent ont mis en place des moyens concrets pour faciliter l'identification et la prise en charge des personnes éprouvant des problèmes de santé nécessitant une évaluation et un suivi médical et qui n'ont pas de médecin de famille. Cette nouvelle procédure permettra de résoudre en partie la problématique de l'accessibilité à un médecin de famille.

Dorénavant, cette clientèle pourra bénéficier d'un service lui permettant d'être référée à un médecin en fonction de la sévérité de son état. En effet, ces personnes pourront prendre contact avec un professionnel du CSSS de leur territoire qui pourra leur fournir une réponse adaptée à leurs besoins.

Le CSSS de Rivière-du-Loup, un environnement propice à l'acquisition de saines habitudes alimentaires

Depuis l'adoption d'une politique alimentaire en février 2006 au CSSS de Rivière-du-Loup, les équipes de nutrition clinique et du service alimentaire ont travaillé en étroite collaboration pour offrir un environnement propice à l'acquisition de saines habitudes alimentaires. Ainsi, cette politique se traduit par une plus grande accessibilité à des aliments sains (ex. : fruits, légumes, poissons, etc.) et par l'élimination des aliments à faible valeur ajoutée (fritures, croustilles, boissons gazeuses, etc.)

La Maison des naissances Colette-Julien (CSSS de La Mitis) reconnue et certifiée « Amie des bébés »

Cette reconnaissance confirme l'excellence de l'approche et de la qualité des services dispensés par l'équipe de la maison des naissances de notre région. Elle vient aussi témoigner de l'engagement de cette équipe envers l'importance de l'allaitement maternel et le développement d'un lien étroit mère-enfant.

Des défibrillateurs cardiaques dans les véhicules de patrouille du Service de sécurité publique de Rivière-du-Loup

Pour faire suite à l'entente intervenue entre l'Agence et le Service de police de la Sûreté municipale de Rivière-du-Loup en mai 2007 à l'effet de procéder au déploiement des défibrillateurs externes automatisés dans tous les véhicules de patrouille, la formation associée a été réalisée et les appareils ont, de plus, été utilisés.

On peut voir les intervenants concernés lors de la conférence de presse

Programme de désistement des armes à feu

Le Programme pour favoriser le désistement des armes à feu sur le territoire du Bas-Saint-Laurent a fait l'objet d'une relance au cours de la dernière année. De ce fait, en un an, une augmentation de 71 % d'armes à feu récupérées a été enregistrée.

Le tout est soutenu par un partenaire privé qui verse une compensation de reconnaissance à ceux qui se départissent de leurs armes.

On peut voir la remise de chèque qui a eu lieu lors de la conférence de presse

Quarante nouvelles unités de logement à Saint-Cyprien

Un projet innovateur issu d'efforts conjoints entre la municipalité de Saint-Cyprien, la Société d'habitation du Québec (SHQ), le CSSS de Rivière-du-Loup, l'Agence du Bas-Saint-Laurent et l'Auberge La Clé des Champs a fait l'objet d'une concertation à l'automne 2007, ce qui a favorisé la disponibilité de 40 nouvelles unités de logement qui ont été rendues accessibles à la clientèle en juillet 2008.

Ce projet comporte des avantages à plusieurs niveaux pour les personnes en perte d'autonomie. Dans un premier temps, il vient confirmer l'offre de service du CSSS de Rivière-du-Loup auprès des personnes âgées en perte d'autonomie par la disponibilité de vingt places d'hébergement et de soins de longue durée à Saint-Cyprien.

Dans un deuxième temps, l'alliance avec la municipalité de Saint-Cyprien et la Société d'habitation du Québec favorisera la mise en place de dix unités de logement qui permettront à une personne en perte d'autonomie importante de cohabiter avec son proche aidant. Le projet intègre également une résidence à assistance continue de dix places, laquelle accueille des personnes polyhandicapées présentant une déficience intellectuelle.

Clinique de vaccination de masse dans la MRC de Rivière-du-Loup

Le CSSS de Rivière-du-Loup a tenu une campagne de vaccination massive en novembre 2007 dans le cadre des travaux de préparation de la région à la lutte contre une éventuelle pandémie d'influenza. Plus de 2 775 personnes se sont fait vacciner en une seule journée. L'objectif qui était de 250 à 320 personnes à l'heure a été atteint. L'établissement a profité de la campagne régulière et annuelle de vaccination contre l'influenza pour expérimenter ce modèle de vaccination massive.

Troisième édition de la campagne de sensibilisation « Fruits et légumes en vedette »

L'Agence du Bas-Saint-Laurent et les 36 restaurateurs participants ont tenu pour une 3e année consécutive la campagne de sensibilisation « Fruits et légumes en vedette ». Cette activité s'inscrit dans le cadre du programme gouvernemental des saines habitudes de vie.

L'Agence du Bas-Saint-Laurent, un des partenaires qui s'est rallié pour déployer des services de travail de rue au Bas-Saint-Laurent

Une équipe de 16 travailleurs de rue s'est déployée dans les 8 MRC du Bas-Saint-Laurent grâce à la participation financière de plusieurs partenaires, dont l'Agence du Bas-Saint-Laurent qui a investi plus de 100 000 $. Cette initiative de la Commission jeunesse du Bas-Saint-Laurent répond à un besoin prioritaire identifié par les tables de partenaires intersectoriels qui œuvrent auprès des jeunes, connues sous l'appellation « Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé » (COSMOSS).

Photo : Le Saint-Laurent Portage

Économies d'énergie au Centre hospitalier régional du Grand-Portage

L'établissement de Rivière-du-Loup a récupéré un montant de 432 758 $ dans le cadre du programme « Appui aux initiatives – Optimisation énergétique des bâtiments » d'Hydro-Québec. De plus, on estime les économies en énergie à environ 300 000 $ par année.

Le Bas-Saint-Laurent dans l'Actualité médicale

Dans une édition publiée au printemps 2008, l'Actualité médicale consacrait un dossier au Bas-Saint-Laurent. Il y était noté que tous les acteurs s'affairent à trouver des initiatives et des solutions durables pour remédier au manque d'effectifs médicaux dans le Bas-Saint-Laurent. Certains misent sur une complémentarité entre les spécialités pour mieux desservir la population. D'autres s'organisent en équipe interdisciplinaire pour répondre à la demande croissante en rhumatologie. On nomme les premières équipes locales spécialisées contre le cancer. Et on lance l'unité mobile de mammographie SARA pour améliorer l'accessibilité et la qualité du dépistage du cancer du sein.

Une personne du Bas-Saint-Laurent membre du Forum de consultation du Commissaire à la santé et au bien-être

M. Michel Côté de Matane, membre du Forum de la population, a été nommé membre de la région du Bas-Saint-Laurent du Forum de consultation du Commissaire à la santé et au bien-être. Les membres de ce Forum seront

amenés à développer ensemble un point de vue sur différentes questions que leur soumettra le Commissaire, M. Robert Salois, notamment en rapport avec l'appréciation du système de santé et de services sociaux et des propositions de changements en vue de l'améliorer, l'analyse d'enjeux éthiques de même que la production d'un avis sur les droits et les responsabilités en matière de santé et de bien-être.

Défi J'arrête, j'y gagne!

En 2008, 660 Bas-Laurentiens ont participé au Défi J'arrête, j'y gagne! Quelque 230 familles se sont inscrites à « Famille sans fumée » au cours de l'année 2007.

Les « best-sellers » de l'Agence du Bas-Saint-Laurent

En tête de liste, les documents du Programme régional d'intervention précoce en milieu vulnérable.

Parmi les documents produits par l'Agence, les plus demandés sont ceux du Programme régional d'intervention précoce en milieu vulnérable qui remportent la palme avec 2 150 exemplaires vendus depuis 2001.

Trois documents dont disponibles, dont le plus connu est la *Grille Ballon : grille d'observation du développement de l'enfant*. Cette grille permet, de façon rigoureuse mais conviviale, de suivre le développement de l'enfant inscrit à un programme de stimulation précoce et d'impliquer le parent. Les autres documents sont la *Trousse d'outils en stimulation précoce* et les *Fondements théoriques et pistes d'action en intervention précoce*.

Le Guide pratique de l'appareil locomoteur

Le *Guide pratique de l'appareil locomoteur* produit par le docteur Gilles Côté, médecin-conseil à l'Agence du Bas-Saint-Laurent, s'est vendu à 1 400 exemplaires. C'est un outil indispensable pour les professionnels de la santé.

Les publications 2007-2008 de l'Agence

- *Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise du Bas-Saint-Laurent;*
- *Évaluation de la demande COSMOSS;*
- *Le suivi pré et post-adoption en CLSC – Adoption internationale;*
- *Portrait de la clientèle en périnatalité 2006-2007;*
- *Portrait des organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux au Bas-Saint-Laurent.*

3.3 Projet clinique :
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Le *Plan d'action régional sur les services aux aînés 2005-2010* ayant été adopté en décembre 2005, nous sommes à la mi-temps des réalisations. Rappelons que les quatre enjeux concernaient la promotion-prévention, le maintien des personnes âgées dans leur milieu, la conservation d'un niveau optimal d'autonomie des personnes et l'équilibre dans le partage des responsabilités d'hébergement entre les secteurs public, privé et communautaire.

VOLET « PROMOTION-PRÉVENTION »

Le programme PIED (Programme Intégré d'Équilibre Dynamique) visant la prévention des chutes est maintenant implanté dans les 8 CSSS et 112 personnes en ont bénéficié durant l'année. Le programme Viactive favorisant l'activité physique chez les aînés est pour sa part présent dans 7 CSSS et a rejoint 838 participants. Le programme Viactive à domicile a permis à 38 personnes de profiter d'un programme adapté d'exercices dispensé à leur domicile par des bénévoles.

VOLET « MAINTIEN DANS LE MILIEU »

Services de soutien à domicile et alternatives à l'hospitalisation

Les services de soutien à domicile ont rejoint régionalement la même proportion de personnes âgées que l'an dernier, soit 18 %, mais le nombre moyen d'interventions a augmenté, passant de 20,9 à 22,5 par personne desservie, témoignant d'une intensité grandissante des services rendus.

Un projet de douze lits posthospitaliers a vu le jour au CSSS de Rimouski-Neigette dans le dernier tiers de l'année 2007-2008, desservant ce dernier CSSS et celui de La Mitis. Ce projet, qui se déroule dans une résidence privée, est supporté financièrement par le MSSS pour une période de quinze mois. Ces lits permettent à des personnes dont le retour à domicile est compromis de bénéficier d'un milieu normalisant favorisant leur réinsertion à domicile. Le CSSS de Rivière-du-Loup a déjà mis en place cette formule prometteuse en y réservant cinq places sur son territoire et le CSSS de La Matapédia expérimente aussi une formule similaire.

Grâce à un ensemble de mesures, le taux d'hébergement au 31 mars 2008 atteignait 3,5 places pour 100 personnes de 65 ans et plus (il était de 4,1 en 2004-2005 et de 3,8 en 2006-2007). Nous progressons donc vers l'atteinte de la cible régionale de 3,1 places par 100 personnes de 65 ans et plus en 2010. Cette diminution du taux d'hébergement en centre de soins de longue durée ne s'est pas faite aux dépens d'une augmentation du taux d'hébergement en ressources non institutionnelles (RNI) puisque ce dernier taux a également baissé, passant de 2 % en 2006-2007 à 1,8 % en 2007-2008.

Toutefois, une condition essentielle du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est le soutien aux proches aidants. Durant la dernière année, 305 proches aidants ont bénéficié de services de présence surveillance auprès de la personne en perte d'autonomie qu'ils accompagnent, leur permettant d'avoir quelques heures de répit par semaine.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

Axe	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 106	6 227	6 230
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	20,9	22,0	22,5

Commentaires

En soutien à domicile, le taux de pénétration du service est excellent. À 18,05 % des personnes de 65 ans et plus, il se situe largement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui est de 16 %. Le niveau d'intensité a, quant à lui, augmenté significativement au cours des deux dernières années, reflétant l'impact de la transition et des réallocations présentement en cours dans ce programme.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Maintien dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**		
Objectifs de résultats	Soutenir les proches aidants.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre de projets			
Nombre de personnes desservies			
Nombre d'heures de répit offertes			
Commentaires			
Les sommes ont été versées aux établissements en mars 2008 seulement. Les informations recueillies ci-bas représentent des services faits à partir du budget antérieur et ne sont donc pas en lien avec les projets ci-haut mentionnés. Les données pour les huit projets qui ont été déposés seront considérées pour l'année 2008-2009.			
Données hors projet pour 2007-2008 : pour 7 des 8 CSSS, 305 personnes ont reçu des services de présence-surveillance. La plupart du temps ces services étant d'une durée de 3 heures, nous estimons que les proches aidants ont ainsi bénéficié de 915 heures de répit.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Conservation d'un niveau optimal d'autonomie

Pour préserver le potentiel d'autonomie des personnes, il faut que l'offre de service réponde adéquatement aux besoins de la personne avec suffisamment de protection, mais sans surprotection. L'hébergement en soins de longue durée est donc réservé aux personnes qui ne peuvent être desservies à domicile ou en résidence privée et qui requièrent au moins trois heures de soins quotidiens. Ce dernier critère a été respecté dans 86 % des cas d'hébergement durant la dernière année (74 % en 2006-2007). Pour le placement en ressource intermédiaire, le même critère d'impossibilité de desservir la personne à domicile ou en résidence privée s'applique et, conséquemment, l'accès à ces services implique que la personne doit requérir au moins 1,4 heure de soins quotidiens. Ce critère fut respecté dans 96 % des cas de placement durant la dernière année (92 % en 2006-2007). On est donc de plus en plus soucieux d'éviter la surprotection et d'accorder ainsi plus d'importance au potentiel d'autonomie des personnes.

Un autre lieu où l'on doit se préoccuper du maintien d'un niveau optimal d'autonomie des personnes est le centre hospitalier. Des travaux ont débuté en 2007-2008 afin de sensibiliser le personnel de ces milieux de soins et verront leur réalisation dans la prochaine année.

Volet « Ressources d'hébergement »

Le plan d'action 2005-2010 préconisait le développement de ressources non institutionnelles (RNI) ou de ressources communautaires pour les personnes affectées de déficits cognitifs pouvant se déplacer et pour les personnes présentant des handicaps physiques. Pour les premières, des RNI spécialisées pour les personnes avec déficits cognitifs sont en place dans six territoires sur huit (Rivière-du-Loup, Témiscouata, Rimouski-Neigette, La Mitis, Matane et La Matapédia). Pour les personnes handicapées physiquement, des ressources communautaires ou RNI sont disponibles sur trois territoires (Matane, La Mitis et Rivière-du-Loup) et sont en voie de développement dans les secteurs de Kamouraska et de Rimouski-Neigette.

Aussi, un projet novateur a pu voir le jour à Saint-Cyprien afin de répondre à différents besoins, notamment ceux permettant à une personne présentant une importante perte d'autonomie et ses proches aidants de cohabiter, évitant ainsi un éventuel hébergement et assurant un maintien de la cellule familiale. Ce projet est le fruit d'un partenariat entre la municipalité de Saint-Cyprien, la Société d'habitation du Québec, le CSSS de Rivière-du-Loup, l'Auberge La Clé des Champs et l'Agence.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cible* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD		3,05	3,00	3,10
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD		0,24	0,24	0,24
Commentaires				
Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en hébergement se situe actuellement au niveau de la cible régionale et de la cible nationale. La diminution en cours du nombre de lits permet de maintenir ponctuellement un résultat nettement supérieur à la cible tant que la réorganisation du travail ne sera pas complétée sur les unités de soins touchées par des diminutions de lits.				

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008				
Axe		**Maintien dans la communauté - toutes clientèles**		
Objectifs de résultats		Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.		
Indicateurs		***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre total d'unités d'habitation desservies				
Nombre d'unités en :	PALV	75		75
	DI-TED			
	Déficience physique			
	Santé mentale			
	Itinérance			
	Dépendance			
Commentaires				
Les 75 unités en PALV sont en lien avec Accès Logis. L'allocation de 103 000 $ pour notre région en lien avec le cadre sur le logement social a été versée en mars 2008 seulement. Les résultats d'unités rejointes seront donc pris en compte en 2008-2009 seulement.				

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

SOINS PALLIATIFS

Depuis la publication de la politique ministérielle en matière de soins palliatifs de fin de vie (juin 2004), l'Agence privilégie les soins palliatifs à domicile en maintenant l'objectif d'offrir des services le plus près possible du lieu de résidence des personnes en fin de vie.

À l'automne, une tournée de consultation auprès de tous les CSSS fut effectuée afin de constater l'avancement des travaux pour l'organisation des soins dans chaque territoire. Au niveau du maintien à domicile, des soins palliatifs offerts par l'entremise du programme du maintien à domicile ont été disponibles pour toutes les personnes qui furent recommandées. Environ 40 % des personnes pouvant potentiellement bénéficier de soins palliatifs n'ont pas été recommandées; le travail est donc à poursuivre à ce niveau.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Soins palliatifs**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	727	722	770
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16,9	16,8	16,9
Commentaires			
Les 770 personnes rejointes par le maintien à domicile représentent environ 63 % des personnes qui décèdent dans une année dans des conditions qui permettent des soins palliatifs. Si les références étaient toujours faites précocement, les CSSS feraient des suivis sur une plus longue période et verraient plus de gens dans une même année. Une démarche est en cours pour optimaliser les références pour des soins palliatifs à domicile surtout afin que ces références soient faites en temps opportun. Le nombre moyen d'interventions à domicile devrait prendre en compte le nombre de semaines durant lesquelles ces interventions sont comptabilisées. Les durées de suivis sont variables selon les CSSS.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

En ce qui concerne les lits dédiés aux soins palliatifs, le nombre de lits déclaré est variable et, sauf exception, les aménagements souhaitables pour ce genre de services demeurent au niveau des projets; il faut donc travailler ces éléments pour faire en sorte que ce genre de services réponde aux attentes de la population.

Au mois de mars 2008, un document de travail fut produit et il est toujours en consultation auprès des CSSS. Ce document se situe en continuité avec les orientations prises depuis la publication en juin 2004 de la politique ministérielle sur les soins palliatifs de fin de vie. Il détermine quatre grandes priorités de travail pour la prochaine année :

- Constituer une équipe de base en soins palliatifs dans chaque CSSS afin que des intervenants soient clairement identifiés comme promoteurs de la compétence et de la qualité pour ceux qui nécessitent de tels soins et qu'ils puissent agir en soutien aux équipes les dispensant.
- Planifier et organiser l'accès à un nombre suffisant de lits de soins palliatifs.
- Assurer des activités de formation et des forums de discussion afin de promouvoir la compétence et les attitudes requises en soins palliatifs.
- Constituer et rendre disponible un modèle de soutien spécialisé pour les équipes de première ligne.

Dans l'optique d'actualiser ces priorités, un suivi sera effectué régulièrement auprès de chaque CSSS en vue de s'assurer d'un accès équitable pour tous à des soins palliatifs de qualité.

PERSPECTIVES

Les résultats observés durant la dernière année nous permettent raisonnablement de croire que nous pourrons atteindre les objectifs fixés pour l'année 2010. À mesure que se réalise l'intensification du soutien à domicile, les résistances s'atténuent chez les intervenants, chez les personnes âgées elles-mêmes et chez les aidants. Pour ces derniers, les services de répit seront d'ailleurs augmentés durant la prochaine année.

La mise en place de la gestion de cas, avec son corollaire de travail en interdisciplinarité, connaîtra aussi un développement au-delà des deux CSSS déjà impliqués. Cela s'ajoutant à l'ensemble des actions déjà implantées, le tableau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services s'en verra rehaussé.

L'année 2008-2009 verra également plus d'actions visant une amélioration des pratiques hospitalières auprès des personnes âgées afin de préserver leur potentiel d'autonomie.

D'ailleurs, un important colloque tenu en avril 2008 a permis de réunir plus de 400 participants sur le sujet précis de l'approche gériatrique en longue durée.

Placé sous le thème « La gériatrie, une vision, une passion », ce colloque de gériatrie était organisé par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce congrès, une première dans la région, réunissait une centaine de médecins, des pharmaciens, du personnel infirmier, des préposés aux bénéficiaires et du personnel de réadaptation. L'événement avait pour but de présenter l'approche gériatrique et ses impacts positifs dans les soins aux personnes âgées, dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées, principalement en milieu hospitalier.

Les organisateurs de l'événement trouvaient important de continuer à sensibiliser les intervenants à l'approche gériatrique et d'en arriver à modifier les mentalités et la culture entourant les soins prodigués aux aînés. D'ailleurs, l'Agence tiendra une deuxième édition du colloque de gériatrie au cours du printemps 2009. Nous devons continuer à rappeler l'importance de traiter les personnes âgées de façon globale en prenant en considération autant les aspects de leur santé physique ou de leur environnement social. Il faut éviter que les soins aux aînés soient offerts de façon cloisonnée, mais plutôt en englobant autant l'équipe d'intervenants, les aidants naturels que la famille.

3.4 Projet clinique : Maladies chroniques et cancer

MALADIES CHRONIQUES

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a poursuivi son soutien aux CSSS afin de compléter la réorganisation de l'offre de service pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques. Précisons que la démarche de l'Agence dans ce dossier a surtout été conduite dans un esprit d'accompagnement, de soutien et de ressource-conseil aux CSSS, par des activités d'harmonisation des pratiques (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, maladie cardiovasculaire), de formation (diabète, maladie pulmonaire, rhumatologie, cessation tabagique, obésité), de communication (habitudes de vie) et de soutien technique (outils de suivi de gestion, projet de suivi systématique informatisé de clientèle).

Volet « Promotion-prévention »

En promotion-prévention, l'Agence a réalisé des campagnes promotionnelles pour la lutte au tabagisme (Défi Tabac), en activité physique (programmes Kino-Québec : Rendez-vous d'automne, Plaisirs d'hiver, Défi-Santé 5/30) et en nutrition (Fruits et légumes en vedette). Un engagement financier récurrent de 22 000 $ a été consenti aux CSSS pour soutenir le développement du transport actif. Ce budget s'est ajouté aux crédits déjà consentis pour le soutien au développement de lieux de marche dans chaque CSSS. Par ailleurs, un soutien a également été offert aux CSSS pour la création d'environnements alimentaires sains (cafétérias et machines distributrices). À ce jour, tous les CSSS ont entrepris des actions afin d'offrir davantage d'aliments sains dans leur milieu. De plus, en matière de formation et de soutien professionnel, l'Agence a organisé un colloque régional sur l'obésité, une formation spécifique sur le tabagisme pour agir auprès des futurs parents et

Pour la 2e année consécutive (2006-2007), le Bas-Saint-Laurent remporte un prix dans le cadre du Défi Santé 5/30 (Coupe Argent) avec 4 801 inscriptions, une augmentation de près de 2 400 inscriptions par rapport à l'année précédente.

leurs proches, et développé une interface régionale pour le site Internet national 0-5-30 — Combinaison prévention.

Consultez le site du 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION au ***www.0-5-30.com***

L'Agence du Bas-Saint-Laurent fait partie d'un regroupement provincial assurant la promotion du programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION. Plusieurs habitudes de vie sont déterminantes pour maintenir une bonne santé et prévenir la maladie.

Le 0-5-30 s'adresse à tout le monde : les jeunes, les familles, les adultes et les aînés dans leurs milieux de vie (école, travail, communautaire, municipalité).

Aussi, l'année 2007-2008 a été marquée par le développement d'**une première ordonnance collective en cessation tabagique** par le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP). Elle permettra aux pharmaciens d'initier une thérapie de remplacement à la nicotine à tous les fumeurs adultes du Bas-Saint-Laurent qui le désirent.

Volet « Suivi dans le milieu et soutien à la pratique »

À l'égard du traitement et du contrôle des maladies chroniques, l'Agence a complété l'harmonisation des pratiques cliniques pour le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'asthme, et a entrepris l'harmonisation des pratiques en maladies cardiovasculaires. Dans ce dossier spécifique, l'Agence s'est adjoint la collaboration de médecins spécialistes de Rimouski et de Rivière-du-Loup afin d'accroître les liens entre la première et la deuxième ligne. Des guides de pratiques à l'intention des médecins ont été produits en maladies pulmonaires obstructives chroniques et pour le traitement des dyslipidémies. Dans le domaine des problèmes locomoteurs, l'Agence a alloué un budget récurrent de 167 000 $ pour consolider les services spécialisés dispensés en rhumatologie, en physiatrie et en contrôle de la douleur. Une formation clinique régionale aux médecins et professionnels ainsi que des ateliers de soutien ont également été réalisés pour ce secteur d'intervention.

En ce qui concerne l'amélioration des services, les CSSS ont accru sensiblement le volume de cas traités et la qualité des interventions. Malgré l'absence de système informatisé de compilation de données et l'absence d'information en provenance des GMF, les données recueillies en diabète font état de **2 369 clients** différents suivis par les équipes en maladies chroniques, soit près du double du nombre de clients suivis avant le début du projet clinique (**1 358 clients en 2003-2004**). De ce nombre, 1 468 clients ont été identifiés comme étant de nouveaux cas suivis. En maladies pulmonaires obstructives chroniques et insuffisance cardiaque, pour les mêmes années de comparaison, le nombre de clients suivis est passé de **574 en 2003-2004 à 761 en 2007-2008**. Pour l'asthme, les volumes d'activités sont demeurés relativement stables avec **371 cas suivis en 2007-2008** contre **355 en 2003-2004**.

Perspectives en maladies chroniques

Enfin, l'année 2007-2008 a été une année d'évaluation de l'état d'avancement des travaux en maladies chroniques afin de compléter le processus de révision des ententes de gestion. Pour ce faire, nous avons donc procédé aux étapes de travail suivantes : analyse des plans d'actualisation déposés par les CSSS, questionnaire d'évaluation des changements de pratiques, tournée des CSSS (gestionnaire d'équipe), questionnaire d'appréciation aux départements de médecine générale et mise à jour des volumes de cas traités et des clientèles hospitalisées (Med-Écho). Un rapport synthèse a été produit pour chacun des territoires et des recommandations générales à portée régionale ou locale ont été proposées, ce qui permettra encore cette année de procéder à des améliorations dans ce domaine.

LUTTE AU CANCER

Depuis l'adoption en 2004 de son Programme régional en matière de lutte contre le cancer, plusieurs réalisations ont eu cours dont celle, pour les équipes locales, de rencontrer les diverses recommandations qui leur étaient formulées par le Groupe d'experts du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Une première désignation formelle a été officiellement octroyée le 5 décembre 2007 aux équipes interdisciplinaires locales en oncologie des CSSS de Matane, de Rimouski-Neigette, de Rivière-du-Loup et de Témiscouata, les travaux se poursuivant au sein des autres CSSS.

Des équipes locales interdisciplinaires en oncologie, un pas de plus vers l'accessibilité.

Par ailleurs, une Table régionale des infirmières pivots en oncologie est active dans la région de même qu'un Comité des thérapies du cancer qui permettra notamment de désigner prochainement une équipe régionale en oncologie qui mettra à contribution l'expertise des professionnels des CSSS de Rimouski et de Rivière-du-Loup.

Pour ce qui est de la radiothérapie, les résultats s'améliorent constamment. En 2007-2008, près de 93 % de la clientèle desservie par le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a commencé ses traitements à l'intérieur du délai maximal d'attente de 4 semaines fixé par le Ministère. Ainsi, la cible de 90 % du taux d'atteinte a été dépassée en cette matière.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

Axe	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	N/A	90,0	92,5

Commentaires

Le résultat observé pour cet indicateur a dépassé la cible ministérielle qui est de 90 % de patients ayant débuté leurs traitements de radiothérapie à l'intérieur d'un délai de 28 jours. Pour l'année de référence 2007-2008, le résultat enregistré fut de 92,5 % comparativement à 84 % pour l'année de référence antérieure. Une plus grande stabilité du nombre de technologues disponibles au travail a permis d'assurer un rythme de production constant, à l'exception de quelques semaines lors de la période estivale où la situation a été davantage problématique.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

** Résultats en date du 13 mai 2008.

Enfin, le projet pilote sur le système d'archivage de données en oncologie (SARDO) soutenu par le MSSS a permis l'implantation d'un fichier des tumeurs dans les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette. Ce fichier permet de recenser tous les cas de cancer et, conséquemment, d'améliorer la connaissance globale sur le sujet.

À cela, la région du Bas-Saint-Laurent a été également désignée par le MSSS pour amorcer deux autres projets pilotes en oncologie qui débuteront à l'automne 2008 pour une durée initiale de deux ans. Il s'agit d'abord d'un projet de clinique d'accès rapide à l'investigation des cancers colorectaux au CSSS de Rivière-du-Loup et d'un autre traitant du rôle de pharmacien régional en oncologie au CSSS de Rimouski-Neigette.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le PQDCS a dix ans au Québec! Notre région a commencé le programme en novembre 2001. D'année en année, le taux de participation augmentait. Toutefois, depuis deux ans, certaines difficultés dans l'accessibilité aux mammographies de dépistage ont entraîné une légère baisse dans la participation des femmes. Pour 2007-2008, notre taux se situe à 59 % comparativement à la moyenne provinciale de 53,1 %.

Grâce à l'unité mobile de mammographie SARA (Service Ambulatoire Radiologique Accessible), inaugurée en octobre 2007, les femmes de notre région peuvent maintenant avoir leurs examens dans leur milieu. Jusqu'à maintenant, les territoires de La Matapédia, du Témiscouata, de La Mitis, du Kamouraska et des Basques ont été visités. Pour les 7 premiers mois d'opération, 2 346 mammographies ont été réalisées dans l'unité mobile SARA. La gestion des opérations est confiée au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. La satisfaction est très grande de la part des femmes. L'accessibilité près de leur domicile, l'accueil chaleureux et l'environnement sont des éléments positifs qui ressortent de leurs commentaires recueillis.

On peut voir deux intervenantes à l'intérieur de l'unité mobile de mammographie

Photo : Journal L'Avantage

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

Axe	**Dépistage du cancer du sein**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	59,35	61,00	59,00
Commentaires			
Les données de 2007-2008 sont celles du 31 décembre 2007 et ne reflètent pas l'impact de la mise en place de l'unité mobile de mammographie. L'unité mobile de mammographie a débuté ses opérations dans la région en janvier 2008. Pendant un certain temps, les radiologistes d'un établissement ont effectué les examens complémentaires pour un autre établissement qui vivait un manque d'effectifs. Le retour à une situation normale entraînera l'augmentation des plages horaires disponibles ainsi qu'une amélioration potentielle du taux de participation.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

** Résultats en date du 31 décembre 2007.

Perspectives pour le PQDCS

Certains points de service restent à déployer. L'unité mobile SARA pourra également supporter les établissements qui offrent déjà la mammographie sur place, tels que Rivière-du-Loup, Rimouski-Neigette et Matane au besoin.

De plus, d'autres régions du Québec pourraient éventuellement avoir recours à ce service. Des activités de promotion du PQDCS, la consolidation quant à l'organisation régionale de l'unité mobile SARA ainsi que l'amélioration constante des activités de centres de dépistage et d'investigation sont des éléments incontournables afin d'améliorer notre service en qualité, en accessibilité et en continuité pour les femmes de la région du Bas-Saint-Laurent.

3.5 Projet clinique : Santé mentale et suicide

SANTÉ MENTALE

Dans le but d'actualiser certaines mesures retenues au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 « La Force des liens », des cibles ont été priorisées dans le cadre de l'entente de gestion 2007-2008 convenue entre l'Agence de la santé et des services sociaux et les établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Les quatre principales cibles sont les suivantes :

A. Services de première ligne en santé mentale

Entre autres, l'Agence a ciblé comme priorité régionale la nécessité d'améliorer les services de première ligne en santé mentale pour les enfants et les jeunes ayant des troubles mentaux, et ce, dans le but de diminuer le recours aux services spécialisés et permettre à ces services de soutenir professionnellement les acteurs de première ligne. Pour ce faire, les huit CSSS poursuivent leur démarche afin de constituer leur porte d'entrée permettant ainsi de développer un continuum d'interventions et une hiérarchisation de soins et de services et, par conséquent et de diminuer le nombre de personnes en attente d'évaluation ou de traitements dans les services spécialisés.

Pour les soutenir dans ce mandat, l'Agence a apporté un soutien financier de transition pour permettre aux CSSS de procéder à une réorganisation de l'offre de service en santé mentale jeunesse en tenant compte des effectifs actuels des équipes « Enfance, jeunesse et famille ».

Également, sous la gouverne de l'Agence, un soutien financier a été apporté aux huit CSSS pour assurer un encadrement clinique aux intervenants œuvrant dans les programmes de santé mentale, jeunesse et dépendances, et pour les accompagner dans la production de plans d'intervention (PI) ou de plans de services individualisés (PSI) lorsque requis.

De plus, l'Agence a choisi les CSSS de Matane, de La Matapédia et de Kamouraska à titre de sites pilotes pour intégrer au sein d'une seule et même équipe les services précis pour les programmes de santé mentale adultes et jeunes, de dépendances et d'enfance-jeunesse-famille. Les projets se poursuivent dans l'objectif d'établir des corridors de services avec les services spécialisés en santé mentale et dépendances.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de première ligne – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)		2 433	3 104	2 962
Commentaires				
Tous les effets de l'investissement en santé mentale jeunesse ne sont toujours pas perceptibles puisque certains établissements n'avaient pas procédé à l'embauche du personnel à la fin de la période 13. Aussi, la difficulté à combler des postes d'intervenants psychosociaux a des impacts sur l'atteinte des cibles. Pour la clientèle jeune, la pratique fait en sorte qu'il y a réticence à poser un diagnostic ou une impression de diagnostic pour éviter de nuire au jeune. De plus, les CSSS développent de plus en plus des interventions de groupe.				

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de première ligne - santé mentale**		
Objectifs de résultats	Implanter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les CSSS.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes	11,7	11,7	11,6
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes	41	41,7	40,9
Commentaires			
Le nombre d'ETC étant déterminé par la conversion des heures travaillées, des écarts mineurs sont inévitables considérant le niveau variable des avantages sociaux particuliers et des possibilités de remplacement du personnel.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de deuxième ligne – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	159	40	68
Commentaires			
L'utilisation des services de deuxième ligne par une clientèle nécessitant des services de première ligne peut expliquer en partie le niveau observé de la liste d'attente. On constate une amélioration majeure par rapport à l'exercice précédent qui s'explique en partie par la référence des clientèles vers les services de première ligne des CSSS.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

B. Suivi dans la communauté

Dans un premier temps, des travaux régionaux ont permis de se doter d'un outil de référence visant à définir le type de services de suivi dans la communauté : suivi intensif dans le milieu ou soutien d'intensité variable.

Par la suite, avec la collaboration des CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette, des travaux se sont poursuivis dans chacune des deux sous-régions en présence des autres établissements concernés afin de déterminer la trajectoire de services et les mécanismes d'accès et de liaison. La prochaine étape sera celle de conclure des ententes de partenariat entre les services spécialisés et les services de première ligne des CSSS.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes / 100 000 habitants); - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes / 100 000 habitants).		
Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	52	50	42
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	177	140	179
Commentaires			
Les travaux régionaux sur la définition de l'offre de service ont fait en sorte que certains volumes de 2006-2007 ne sont plus considérés par les établissements comme du soutien d'intensité variable. Les CSSS sont présentement à revoir les mécanismes d'accès et de liaison pour les services de première et de deuxième ligne. L'Agence a prévu dans son plan d'investissement 2007-2008 l'ajout de 5,9 ETC en soutien d'intensité variable à partir de l'exercice 2008-2009.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services d'intégration dans la communauté - santé mentale**		
Objectifs de résultats	Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves.		
Indicateurs	*Point de départ* 2006-2007*	*Cibles** 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable	3,1	3,1	3,8
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	21,5	21,5	18,9
Commentaires			
Au niveau du suivi d'intensité variable, une allocation additionnelle représentant 5,9 ETC est effective à partir du 1er avril 2008. Le nombre d'ETC étant déterminé par la conversion des heures travaillées, des écarts mineurs sont inévitables considérant le niveau variable des avantages sociaux particuliers et des possibilités de remplacement du personnel.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

C. Services d'intervention de crise

Pour accompagner les huit CSSS dans le développement du service de suivi étroit intégré dans la communauté pour la clientèle à risque suicidaire, l'Agence a rencontré chaque comité de direction des établissements afin d'obtenir leur appui quant à l'implantation du service et le nom d'un gestionnaire responsable du service. Depuis cette tournée, certains CSSS ont amorcé l'implantation du service et l'établissement de mécanismes de liaison et de transmission d'informations entre les ressources et les services pouvant être impliqués, comprenant entre autres les médecins omnipraticiens et les services spécialisés.

Pour soutenir les CSSS dans la mise en place du service, un comité de travail a été formé afin d'élaborer des outils d'aide à la tâche s'adressant aux gestionnaires responsables et aux intervenants désignés. Ce matériel sera accompagné d'une activité de formation.

D. Services résidentiels

Le moratoire concernant le développement de ressources intermédiaires (RI) ou de ressources de type familial (RTF) a été maintenu dans la perspective d'apporter certains changements dans l'organisation des services d'hébergement et dans les pratiques d'intervention. À cet égard, les deux établissements concernés (CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette) ont mis l'accent sur le développement d'appartements supervisés et des services de soutien au logement et sur la diminution de ressources d'hébergement. Ce virage se poursuivra durant le prochain exercice financier. D'ailleurs, ils ont procédé à l'évaluation de la clientèle en santé mentale occupant les places dans les ressources d'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif et dans les ressources d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré dans chacun de leur territoire respectif. Cette évaluation effectuée par un ergothérapeute a permis de mieux cerner le profil de fonctionnement et d'autonomie des personnes avec des problèmes de santé mentale dans les différentes sphères de leur vie. L'Agence accompagne aux plans professionnel et financier ces deux établissements dans leur démarche.

En décembre 2007, l'Agence confirmait, d'une part, un budget récurrent au Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup de 167 000 $ pour la création de 5 places d'hébergement de maintien dans le KRTB pour la clientèle présentant un trouble grave de santé mentale. D'autre part, en janvier 2008, le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette était invité à soumettre un projet d'immobilisations pour une nouvelle résidence de 17 chambres pour le service de réadaptation intensive d'hébergement de moyenne et longue durée en psychiatrie pour déménager les services du Foyer des Anges situé à Price. Ce dossier est en cheminement.

Opération de l'inventaire de l'offre de service en santé mentale

Pour une deuxième année consécutive, l'Agence, en collaboration avec les huit CSSS, complète la collecte d'informations dans le but de produire un inventaire des dépenses et des services en santé mentale avec l'outil d'alimentation de système d'information sociosanitaire (OASIS). Cet exercice a également été élargi aux autres programmes et services de première ligne des CSSS.

SUICIDE

Formation médicale en prévention du suicide

Dans le Bas-Saint-Laurent, différentes mesures sont réalisées pour réduire le taux de suicide, dans l'objectif de mieux dépister les personnes à risque suicidaire et d'intervenir adéquatement et rapidement. Aussi, deux équipes de formateurs, composées de psychiatres, de médecins omnipraticiens et de personnes-ressources des centres de prévention du suicide de la région, ont été formées pour offrir un programme de

formation d'une durée de trois heures, afin de rejoindre le plus grand nombre possible de médecins omnipraticiens dans chaque territoire de CSSS.

Programme de réseaux de sentinelles

Le Centre prévention suicide du KRTB et le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent ont été confirmés dans le mandat régional pour recruter, former et assurer le suivi des personnes formées comme sentinelles en prévention du suicide. Dans le cadre de la *Stratégie d'action jeunesse*, un financement additionnel non récurrent leur a été alloué pour recruter des sentinelles dans les milieux impliqués auprès de la clientèle jeunesse.

Différentes rencontres régionales auprès de la Financière agricole et de l'Union des producteurs agricoles du Bas-Saint-Laurent et celle de la Côte-du-Sud ont eu lieu dans la perspective de s'entendre sur une stratégie pour implanter des réseaux de sentinelles dans ces milieux agricoles, compte tenu du haut taux de détresse de cette catégorie de personnes, souvent isolées et désemparées par rapport aux difficultés qu'elles rencontrent.

Soutien à la participation citoyenne

L'Agence a soutenu financièrement le PLAIDD-BF, organisme de promotion et de défense des droits en santé mentale, dans l'actualisation de l'entente de partenariat visant à créer des lieux de formation et d'échange en présence de personnes utilisatrices de services en santé mentale au plan régional. Par conséquent, elles sont mieux outillées lors de leur participation aux différentes structures de concertation tant au niveau local, régional que provincial. Cette initiative leur offre l'opportunité de s'approprier leur pouvoir individuel et collectif, comme le souhaite le Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

3.6 Projet clinique : Jeunes

Le projet clinique Jeunes touche l'ensemble du continuum de services de la promotion-prévention jusqu'aux services spécialisés de réadaptation.

PROMOTION-PRÉVENTION

Les principales mesures en promotion-prévention pour cette année s'inscrivent en continuité avec les domaines touchant l'allaitement maternel, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), l'approche « École en santé », la santé dentaire et la concertation multisectorielle.

Au niveau de l'allaitement, les taux sont quasi identiques à ceux de l'année dernière, soit 81,5 % lors du séjour en service de maternité et de 71,9 % à la sortie. Au cours de la dernière année, les actions ont principalement porté sur l'évaluation provinciale de l'initiative « Ami des bébés » pour laquelle chaque établissement du Bas-Saint-Laurent a été visité. Pour obtenir cette reconnaissance, il faut respecter les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, une déclaration commune de l'Organisation mondiale de la santé et de l'UNICEF visant, à assurer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. C'est le premier établissement de la région à obtenir cette certification.

La Maison des naissances Colette-Julien du CSSS de La Mitis, une première dans la région pour l'obtention de la certification initiative « Ami des bébés » en décembre 2007.

En ce qui concerne les **Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)**, un peu plus de 330 familles au Bas-Saint-Laurent ont été suivies en cours d'année (sans égard à l'intensité des services), dont 104 familles sont inscrites dans le volet « jeunes parents » et 227 dans le volet « familles vivant en contexte d'extrême pauvreté ». D'autre part, près de 150 familles ayant de jeunes enfants de 0 à 5 ans ont été rejointes par des activités éducatives touchant l'alimentation (sécurité alimentaire, cuisines collectives, jardins communautaires). Ces projets s'inscrivent dans le cadre de la création d'environnements favorables prévus dans le programme des SIPPE.

En ce qui a trait à l'**approche « École en santé »**, celle-ci cible la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire. Elle vise à inscrire les meilleures pratiques en promotion de la santé et en prévention dans le projet éducatif et le plan de réussite des écoles, dans le projet clinique des CSSS et dans la planification des activités prévues par des partenaires. Ceci constitue le premier volet de l'entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation, du sport et du loisir.

L'approche « École en santé » est une démarche de planification systématique menée conjointement par les partenaires de l'école et ceux de la santé. En cohérence avec le renouveau pédagogique, elle centre l'action sur les facteurs individuels et environnementaux en amont des problèmes (estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires dans les loisirs, sports, déplacements et en matière de sexualité, environnement familial, environnement scolaire et environnement communautaire) et veut ainsi outiller les jeunes pour faire face aux défis auxquels ils sont sollicités.

Plus de 40 % des écoles de la région ont bénéficié au cours des deux dernières années du support d'un agent d'implantation qui, de concert avec la direction d'école, avait pour mandat d'outiller les équipes des écoles et des CSSS et les partenaires de la communauté afin d'assurer une intégration de l'approche « École en santé » dans les pratiques. Une somme de plus de 188 496 $ a été versée pour ce faire dans le cadre de l'entente de gestion 2006-2008.

La mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids « Investir pour l'avenir »* a contribué à augmenter au cours de la dernière année la cadence de l'amélioration de l'offre alimentaire en milieu scolaire. Plusieurs actions concrètes ont été menées, dont l'adoption de politiques alimentaires.

Toujours dans le cadre de l'approche « École en santé », le volet de l'éducation à la sexualité a fait l'objet d'une proposition formelle de collaboration de la part de l'Agence à l'ensemble des quatre commissions scolaires de la région. Cela se traduit par la disponibilité d'une ressource en sexologie dont les coûts sont assumés conjointement par l'Agence et la commission scolaire qui accepte cette proposition. Cette ressource a pour mandat principal d'assurer l'intégration du contenu en matière d'éducation à la sexualité dans les domaines généraux de formation et ainsi soutenir les enseignants et le personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Ce partenariat contribue à l'atteinte des objectifs de santé publique qu'est notamment la prévention des grossesses à l'adolescence, des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), et des agressions sexuelles.

Un autre volet, celui touchant **la santé dentaire publique,** a été très actif encore cette année. Plusieurs réalisations ont eu cours dans le cadre du programme d'application des agents de scellement dentaire : homologation par Santé Canada de nos deux unités dentaires mobiles et application du programme dans les territoires des CSSS de La Matapédia, de Matane, de Kamouraska et des Basques. Les autres territoires seront desservis durant la prochaine année. Également, le projet pilote d'application du vernis fluoruré est dans sa période de

l'évaluation de la condition dentaire à être réalisée par le dentiste-conseil auprès des 284 participants; le tout sera complété en novembre 2008. Les résultats de ces essais cliniques seront disponibles pour le 10e Colloque de santé dentaire publique du Québec qui se tiendra en juin 2009. Si le tout s'avère concluant, il s'agira d'une avancée importante dans le traitement de la carie dentaire auprès de clientèles présentant des facteurs de risque.

Dans tout le secteur jeunesse (incluant les jeunes adultes), la concertation multisectorielle locale et régionale autour de l'**initiative COSMOSS : Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé** se poursuit. Un rapport d'évaluation de la première phase des travaux a permis d'apporter des modifications à la structure afin d'assurer une meilleure représentation des réseaux locaux et de situer plus précisément les objets de concertation, notamment ceux ayant trait à l'entente MSSS-MELS (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) et à l'engagement jeunesse de la stratégie gouvernementale d'action jeunesse 2006-2009. L'Agence poursuit son engagement en dédiant des ressources humaines et en participant financièrement à l'entente régionale, dont la Conférence régionale des éluEs du Bas-Saint-Laurent en est la fiduciaire.

Services spécifiques et services spécialisés

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a investi, pour les deux prochaines années, un montant non récurrent de 500 000 $ destiné à l'implantation de l'encadrement clinique dans les CSSS permettant ainsi d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services. Le soutien accordé s'adresse en premier lieu aux intervenants psychosociaux œuvrant auprès des jeunes et leur famille au sein des programmes en enfance, jeunesse et famille, de même qu'en santé mentale et dépendances. Cet investissement concorde avec la cible de 60 % à atteindre pour la réalisation des plans d'intervention (PI) et des plans de services individualisés (PSI) dans le cadre des ententes de gestion conclues au niveau régional.

Les nouvelles dispositions de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) entrées en vigueur le 9 juillet 2007 ont nécessité un changement de pratiques autant pour les CSSS que pour le Centre jeunesse. Pour ce qui est des services spécifiques de première ligne pour les jeunes en difficulté, un investissement de 31 666 $ pour l'année financière 2007-2008, dont la base annuelle récurrente est de 486 163 $, permettra d'assurer un suivi auprès des familles référées aux CSSS par le Centre jeunesse; il y aura donc l'ajout, notamment de psychoéducateurs, afin de compléter l'équipe multidisciplinaire dédiée à la jeunesse en CSSS. Aussi, pour le Centre jeunesse, une somme de 292 250 $, dont la base annuelle récurrente est de 511 000 $, permettra de créer 7,3 postes afin de diminuer la charge de cas et ainsi accroître l'intensité de services exigés dans le cadre de la nouvelle LPJ.

De plus, en lien avec les orientations ministérielles touchant l'organisation des services en santé mentale pour les jeunes, une somme récurrente de 55 667 $, dont la base annuelle est de 119 200 $, permettra l'embauche de deux psychoéducateurs (secteur est et secteur ouest) supplémentaires afin d'offrir aux jeunes accueillis en unité de réadaptation des services adaptés à leurs besoins spécifiques en lien avec les troubles mentaux, supportant ainsi l'équipe d'éducateurs déjà en place.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008	
Axe	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	3 653	3 639	3 836
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,5	7,0	6,7

Commentaires

Le nombre de personnes rejointes se situe significativement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui représente 2 505 usagers pour notre région. L'intensité est bonne si on considère la cible ministérielle qui est de sept interventions par usager. L'intensité s'est également améliorée comparativement à 2006-2007.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008	
Axe	**Services de première ligne - jeunes en difficultés et leur famille**
Objectifs de résultats	Accroître les services de première ligne permettant le retour d'un enfant dans son milieu familial.

Indicateurs	*Point de départ* 2006-2007*	*Cibles** 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de parents recevant des services du CSSS alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement		11	1

Commentaires

La nouvelle directive d'application du cadre normatif concernant l'imputation des statistiques a été déployée dans le réseau en cours d'année, de sorte que les données peuvent ne pas refléter la réalité.

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

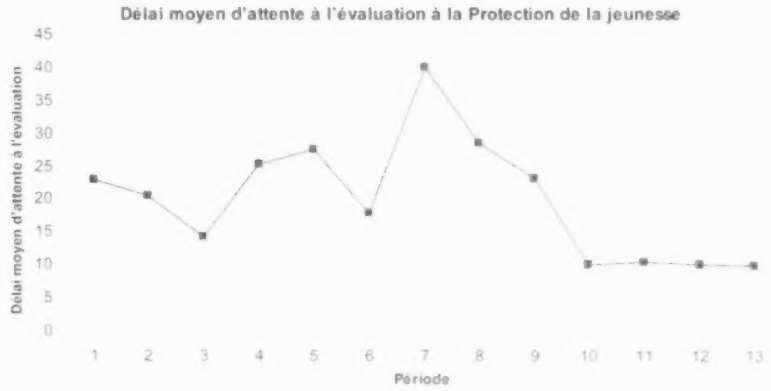
Axe	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	20.9	18.0	21.7
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	17.5	18.9	16.0
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	2.0	14.0	3.2
Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	6.3	7.0	5.6

Commentaires

La détérioration est attribuable à un effort important de diminution de la liste d'attente à l'évaluation de la P-7 à la P-9. Tous les cas qui étaient en attente depuis longtemps ont été évalués ce qui a eu l'effet pervers d'augmenter considérablement la moyenne du délai. Des pratiques de gestion très serrées ont été introduites par le Centre jeunesse afin de s'assurer qu'individuellement les professionnels respectent les cibles convenues. Depuis les cinq dernières années, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse s'est tout de même amélioré.

Les mesures de suivi et de contrôle déjà mises en place ont été renforcées et des tableaux de bord plus performants ont été créés permettant ainsi de ramener les délais de premier contact à moins de 12 jours à partir de la période 10, et ce, jusqu'à aujourd'hui. Une directive écrite a été formalisée en mars 2008 et s'applique depuis.



* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Service d'intervention en situation de crise - jeunes en difficultés et leur famille**		
Objectifs de résultats	Augmenter le nombre de familles bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés		-	-
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive		-	-
Commentaires			
En ce qui concerne l'intervention en situation de crise et le suivi intensif dans la communauté, le niveau d'investissement effectué en 2007-2008 ne permet pas la mise en place d'un programme structuré de type CAFE. Cependant, les structures déjà en place dans certains territoires de même que l'effet de synergie produit par l'investissement au niveau de l'équipe jeunesse permettent de répondre à une partie des besoins, mais avec une disponibilité réduite en horaires défavorables.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de santé mentale en centre jeunesse - jeunes en difficulté et leur famille**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation		1	1
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation desservis par des services spécialisés en santé mentale		28	26
Commentaires			
Les deux nouveaux postes d'éducateurs concernés par le projet ont été attribués au début du mois de novembre 2007 comme prévu.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Aussi, les deux **cliniques pédiatriques en protection de l'enfance** en fonction depuis novembre 2006 ont accueilli au cours de la dernière année près de 65 enfants pour lesquels des situations d'abus ou de négligence étaient soupçonnées. Ces cliniques ont pour fonction d'offrir des expertises médico-légales pour les situations présumées d'abus physiques et de négligence chez les enfants de 0 à 18 ans et d'abus sexuels chez les enfants de 0 à 12 ans. Le tout s'exerce dans le contexte de l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse et de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique* qui définit les rôles et les responsabilités des partenaires, les modalités de communication permises par la loi et les modalités appropriées d'orientation, et ce, afin de favoriser la transmission d'informations entre les partenaires et de réduire les délais d'intervention.

De plus, les cliniques offrent des consultations pour des situations possibles de maltraitance référées par des médecins ou d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Des corridors de services sont prévus afin que les enfants en provenance de tous les

territoires de la région aient accès aux services de ces cliniques. Une formation a d'ailleurs été dispensée cette année aux médecins et aux intervenants sur l'identification des enfants maltraités.

FORMATION

Le Programme national de formation (PNF) est un programme de développement continu des compétences visant à harmoniser les pratiques psychosociales et la qualité des services auprès des familles, des enfants et des jeunes en difficulté. L'Agence soutient le déploiement de cette formation dans la région. Au cours de l'année 2007-2008, 10 sessions se sont réalisées dans le cadre de 8 modules différents. Ainsi, on dénombre près de 90 intervenants, gestionnaires et relèves-cadres qui ont bénéficié de l'une ou l'autre de ces formations; ces personnes proviennent du Centre jeunesse et des équipes jeunesse des CSSS.

Les modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse ont aussi entraîné une importante opération de formation et de sensibilisation auprès des intervenants du réseau de la santé et des partenaires concernés. Ainsi, 18 journées de formation approfondies ont rejoint 162 intervenants et gestionnaires du Centre jeunesse et des CSSS, alors que la participation aux 10 journées de sensibilisation s'élève à 471 personnes, dont 202 sont des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (commissions scolaires, centres de la petite enfance, etc.). Un résultat qui démontre bien la volonté soutenue de tous d'agir pour le mieux-être des enfants et des jeunes.

3.7 Programme de santé physique

SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Plusieurs dossiers ont été actifs cette année dans le domaine des services préhospitaliers d'urgence.

Les travaux se poursuivent quant au réaménagement des locaux du **Centre de communication santé – CAUREQ.** La réalisation du projet a été entérinée par le conseil d'administration du Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ) en janvier 2008. Tout est actuellement en place pour envisager la réalisation des travaux pour novembre 2008, ce qui permettra à trois entreprises ambulancières de la région, actuellement desservies par Chaudière-Appalaches, d'être intégrées avec le CAUREQ d'ici le 31 mars 2009.

En lien avec les **services de premiers répondants**, l'Agence a procédé à l'embauche d'un coordonnateur régional en juillet 2007. Son mandat premier consiste à susciter l'intérêt des municipalités à développer de nouveaux services ainsi qu'à maintenir la qualité de ceux déjà existants. Des retombées se sont déjà fait sentir avec la formation de cinq nouveaux premiers répondants à Auclair. Une recertification annuelle en réanimation cardiorespiratoire et en défibrillation externe automatisée a été effectuée pour les services de l'Île-Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, d'Auclair et de Packington, et une mise à niveau a aussi été offerte aux employés de la Traverse de Rivière-du-Loup.

*Sur le plan de la formation générale, **les étudiants de la première cohorte du programme d'attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières offert par le Cégep de Rivière-du-Loup** terminaient leur formation en décembre 2007. La majorité de ces étudiants a été embauchée par des entreprises ambulancières de la région. Deux autres cohortes sont en cours. Une quarantaine d'étudiants devraient donc être disponibles sur le marché du travail d'ici décembre 2009. Ceci fait en sorte que notre région ne vit aucune pénurie de personnel qualifié dans ce domaine contrairement à d'autres régions au Québec.*

De plus, le Cégep de Rivière-du-Loup offrira aussi en septembre prochain une **formation terminale collégiale (DEC) en soins préhospitaliers d'urgence**, ce qui est très positif pour la région. Une première cohorte de 20 étudiants y fera son entrée pour une possibilité de 60 finissants après 3 ans.

*Pour faire suite à l'entente intervenue entre l'Agence et le Service de police de la Sûreté municipale de Rivière-du-Loup en mai 2007 à l'effet de procéder au **déploiement des défibrillateurs externes automatisés** dans tous les véhicules de patrouille, la formation associée a été réalisée et les appareils ont été utilisés durant l'année à trois reprises.*

Toujours en ce qui a trait à la formation, **les techniciens ambulanciers paramédics** (TAP) de la région ont reçu une formation de trois jours sur les nouveaux protocoles d'interventions cliniques. Cette formation englobe les aspects suivants : environnementaux, médicaux, pédiatriques, touchant aussi la réanimation, la traumatologie, les protocoles de transport avec ou sans consentement, les protocoles psychiatriques, les protocoles de triage et les problèmes obstétricaux. Également, des rencontres en entreprises ont été effectuées auprès des TAP pour le maintien des compétences.

Le Programme d'assurance qualité instauré en 2006 se poursuit et les résultats et les indicateurs de performance de la qualité des interventions sont concluants. Aussi, l'Agence du Bas-Saint-Laurent participe activement aux travaux menant à l'élaboration d'un nouveau progiciel d'assurance qualité provincial qui devrait être opérationnel d'ici l'été 2008.

SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS

Organisation générale des services et perspectives

Relativement aux orientations priorisées par le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'organisation des services de première ligne occupera une place importante dans le processus de réflexion régionale pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services à notre population. Les objectifs poursuivis dans le *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROSMG) 2007-2010 pour le Bas-Saint-Laurent* vont également en ce sens. Afin d'assurer la pérennité des services médicaux à notre population, certains éléments sont essentiels, tels que la collaboration des médecins du territoire ainsi qu'une implication soutenue de la part des instances régionales comme le Département régional de médecine générale (DRMG) et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

De plus, l'arrimage entre la première et la deuxième ligne devra s'intensifier au cours des prochaines années et faire l'objet de travaux qui permettront d'assurer la complémentarité des interventions pour que chaque professionnel puisse être mis à contribution selon son champ d'expertise reconnu.

Également, notre réseau hospitalier régional est lié au Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval **(RUIS-Laval)** et, à ce titre, l'Agence a participé aux travaux des tables sectorielles du RUIS-Laval en cardiologie, en pédiatrie et en génétique médicale.

La Table de cardiologie s'est réunie à quatre reprises et les travaux ont porté exclusivement sur les services suprarégionaux comme l'électrophysiologie et l'hémodynamie; des travaux sont aussi en cours sur les listes d'attente en échographie cardiaque.

La Table de génétique s'est réunie à trois reprises afin de préparer un tableau exhaustif des services de génétique médicale sur l'ensemble du territoire québécois et une visite d'experts des laboratoires.

Le groupe de pédiatrie a tenu deux réunions portant sur les ressources en pédiatrie générale et l'organisation régionale et suprarégionale des services de périnatalogie selon les niveaux de soins reconnus par la Société canadienne de pédiatrie.

Plan d'organisation des services médicaux de première ligne

Le *Plan régional d'organisation des services médicaux généraux (PROSMG) 2007-2010* a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en juin 2007. Les objectifs poursuivis sont :

- Accessibilité à un médecin de famille en heures défavorables;
- Accessibilité aux plateaux techniques en heures défavorables;
- Prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline (prioritaire);
- Amélioration de l'efficacité des services médicaux de première ligne.

Un sous-comité de travail du Département régional de médecine générale (DRMG) ayant pour mandat d'élaborer un plan d'action a été formé au cours de l'année. Bien que les travaux de ce sous-comité vont s'intensifier au cours des mois à venir, plusieurs éléments de ce plan sont déjà en place ou sont en voie de l'être dans les réseaux locaux.

Plan d'action visant l'amélioration de l'accessibilité à un médecin de famille pour la clientèle vulnérable

Chaque instance locale a reçu le mandat d'élaborer un plan d'action permettant d'améliorer la prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline de son territoire. Ce plan a permis d'établir les coordonnées d'un professionnel de la santé qui assure une réponse téléphonique à chaque personne, recense le nombre d'appels et les priorise, puis finalement oriente la clientèle pour une prise en charge par un médecin ou une ressource appropriée selon le cas. À la suite de l'élaboration de ces plans d'action locaux, un communiqué régional a été diffusé faisant connaître à la population du Bas-Saint-Laurent les modalités de prise en charge selon les réseaux locaux.

Activités médicales particulières

Actuellement, les secteurs prioritaires reconnus pour lesquels les médecins omnipraticiens peuvent comptabiliser des heures comme activités médicales particulières (AMP) sont les suivants : l'urgence, les soins aux patients admis en courte durée, les soins en CHSLD ou en soutien à domicile et l'obstétrique en établissement. En 2007-2008, le DRMG a accepté les demandes d'adhésion aux AMP de seize médecins et a reconnu cinq demandes de modifications.

Compte tenu de certaines demandes en provenance de réseaux locaux et de l'importance de la prise en charge par les médecins, le DRMG a amorcé une réflexion quant à la reconnaissance d'AMP, mais dans des catégories autres, par exemple pour le sans rendez-vous en heures défavorables. Un comité de travail régional sur les AMP a été identifié au cours des derniers mois et les discussions en ce sens vont se poursuivre en 2008-2009.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

Le *Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2008*, adopté le 5 décembre 2007 par le conseil d'administration de l'Agence, prévoit 221 postes de spécialistes, soit un de plus qu'en 2007. Un nouveau poste en radiologie diagnostique a été ajouté au Centre hospitalier régional du Grand-Portage. À l'Hôpital régional de Rimouski, on compte un poste supplémentaire en pneumologie et un poste de moins en chirurgie générale, poste qui a été retiré à la demande de l'établissement. Actuellement, 174 médecins spécialistes sont installés dans le Bas-Saint-Laurent, ce qui représente une perte nette de 3 médecins par rapport à l'année précédente résultant de 6 arrivées et 9 départs. Au cours de l'année 2008, 10 arrivées et 6 départs sont prévus, ce qui devrait porter le nombre de spécialistes à 178.

Mesures de soutien

Seize bourses de formation spécialisée, treize primes d'installation et quatre bourses de perfectionnement ont été accordées dans le cadre du Programme des mesures incitatives non négociées en régions éloignées en 2007-2008. Vingt-neuf étudiants en médecine ont réalisé un stage d'été tandis que quarante-cinq autres ont poursuivi un stage d'immersion clinique dans l'un des huit centres de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Au cours de l'année scolaire 2006-2007, 172 externes et résidents en médecine familiale et en spécialités ont réalisé un stage dans les établissements du Bas-Saint-Laurent pour un total de 390 stages. Pour l'année scolaire 2007-2008 se terminant le 30 juin 2008, 519 stages étaient planifiés dans les mêmes programmes.

Groupe de médecine de famille (GMF)

Au 31 mars 2008, on dénombrait 55 781 personnes du Bas-Saint-Laurent inscrites auprès d'un médecin membre d'un GMF. L'arrivée d'un 7e GMF à Matane devrait permettre d'augmenter ce nombre. De plus, il a été constaté l'impact positif de la mise en place des deux GMF dans le territoire de Rivière-du-Loup où le nombre de visites ambulatoires à l'urgence du CSSS a diminué de façon considérable.

Aussi, les travaux visant l'implantation d'un GMF à Matane se sont amorcés au printemps dernier. L'offre de service consécutive aux consultations faites auprès des médecins et des dirigeants du CSSS de Matane a été adoptée par le Département régional de médecine générale (DRMG). Le conseil d'administration de l'Agence a entériné la convention Agence-CSSS et l'annonce officielle de l'accréditation de ce GMF se fera sous peu.

Pour ce qui est du projet de GMF à Rimouski, ce dernier est resté stable au cours de la dernière année faute d'effectifs médicaux intéressés, bien que les promoteurs démontrent toujours un intérêt pour le développement d'une telle organisation.

Aussi, cette année, plusieurs dossiers en lien avec la mise en place et la consolidation des groupes de médecine de famille ont été actifs :

- Le processus du premier renouvellement de l'accréditation du GMF du Grand-Portage (Rivière-du-Loup) est amorcé.
- Compte tenu du manque d'effectifs médicaux au GMF Lafontaine (Rivière-du-Loup), le DRMG a dû émettre des avis sur des propositions de modifications temporaires de l'offre de service.
- À l'été 2007, une tournée régionale des GMF a permis de dégager certains constats et de déterminer des objectifs pour l'année en cours, notamment en ce qui a trait au remplacement des infirmières GMF pour la période estivale et l'identification de besoins de formation. Lors de cette tournée, les divers outils cliniques utilisés par chaque GMF ont été recensés et un répertoire a été créé et diffusé auprès des GMF du Bas-Saint-Laurent.
- Les membres de la Table de concertation régionale GMF ont pris la décision de retenir deux projets quant à l'utilisation des surplus régionaux en GMF : l'octroi d'une infirmière supplémentaire pour une période d'un an au GMF de Témiscouata et l'embauche d'une infirmière supplémentaire pour le GMF de La Matapédia. Ces deux ressources ont été allouées compte tenu des effectifs médicaux limités dans ces territoires et de l'apport considérable que ces deux infirmières pouvaient apporter, notamment au niveau de la prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

Axe	**Santé physique - GMF**
Objectifs de résultats	Développer le réseau des GMF

Indicateurs	*Point de départ* 2006-2007*	*Cibles** 2007-2008*	*Résultats 2007-2008*
Nombre de GMF	5	6	6

Commentaires

La cible régionale concernant cet indicateur, soit que le nombre de GMF soit de six, est atteinte. Un septième GMF a reçu son accréditation en avril 2008.

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Unités de médecine familiale (UMF)

L'Unité de médecine familiale (UMF) multisites du KRTB, accréditée pour douze résidents, a accueilli en juillet 2007 cinq nouveaux résidents pour leur première année de formation. Des trois résidents de la première cohorte, deux ont poursuivi le programme de l'UMF du KRTB et comptent s'installer dans la MRC de Rivière-du-Loup à l'été 2008. L'UMF se partage huit médecins enseignants équivalents temps complet, dont cinq sont basés aux Basques.

Les travaux d'aménagement requis pour l'enseignement ont été achevés à l'automne 2007 aux Basques et au Témiscouata, mais restent à compléter sur les sites de Kamouraska et Rivière-du-Loup. Le budget de fonctionnement de l'UMF du KRTB, dont une grande part revient au CSSS des Basques où se déroule l'ensemble des stages en médecine de famille, a été de 808 901 $ en 2007-2008. L'an prochain, il atteindra 829 393 $.

L'UMF de Rimouski, qui compte huit postes de médecins enseignants, fonctionne à pleine capacité. Accréditée depuis juillet 2007 pour la formation de seize résidents, elle accueille annuellement huit nouveaux résidents, en plus des externes et des résidents en spécialités. Cette année, tous les finissants de l'UMF comptent pratiquer au Bas-Saint-Laurent; quatre s'installeront à Rimouski, un à Amqui, un à Matane et un à Rivière-du-Loup.

Bien que les travaux de réaménagement des locaux de l'UMF aient été annoncés l'an dernier, ceux-ci ont été retardés en raison de la nécessité de les planifier conjointement aux aménagements prévus au CLSC. Les appels d'offres devraient donc commencer au mois d'août, et les travaux conjoints UMF-CLSC dès le mois de septembre 2008. Le budget de fonctionnement de l'UMF de Rimouski a été rehaussé de 276 962 $ en 2007-2008, pour un total de 542 923 $.

Avec ces résultats, nous pouvons affirmer qu'une des retombées attendues des UMF, soit celle de permettre à de jeunes médecins de choisir de s'établir en région, est un vif succès en ce qui nous concerne, avec un taux de rétention de 100 % des finissants.

Cent pour cent des finissants des deux UMF ont choisi de pratiquer dans notre région

La présence de deux unités de médecine familiale (UMF) dans le Bas-Saint-Laurent contribue au recrutement et à la rétention des médecins dans la région permettant ainsi d'accroître l'offre des services médicaux à la population.

Les UMF permettent non seulement à nos étudiants d'expérimenter la pratique de la médecine familiale en région, mais également d'en découvrir et d'en apprécier les forces vives et l'environnement. Tout cela est essentiel pour que les jeunes médecins puissent envisager d'y demeurer et d'y pratiquer. De plus, les médecins déjà établis en région ont ainsi la possibilité d'y enseigner, ce qui est souvent un facteur de rétention intéressant.

Services d'urgence

Le suivi des principaux indicateurs de performance des urgences de la région indique une détérioration de la situation dans le nombre de patients sur civière en 2007-2008; ceci est principalement imputable à la clientèle des personnes âgées. En effet, les indicateurs propres à cette clientèle présentent une hausse de la durée moyenne de séjour (DMS) et du pourcentage des patients sur civière en attente d'une hospitalisation depuis plus de 48 heures qui, à leur tour, affectent les résultats globaux. Parmi les autres principaux indicateurs, un seul a atteint la cible fixée pour 2007-2008, soit la DMS des patients sur civière avec un problème de santé mentale. Toutefois, le portrait national des urgences permet de constater que la situation des salles d'urgence du Bas-Saint-Laurent est beaucoup plus confortable que celle du reste du Québec. À cet effet, l'ensemble des résultats régionaux se situe au-delà des performances connues nationalement.

De manière générale, la gestion des lits dans les hôpitaux rencontre des écueils importants. En effet, l'apparition de phénomènes nouveaux telles les bactéries résistantes (SARM et ERV) ainsi que les colites reliées au *Clostridium difficile* rend ce travail plus complexe. Le nombre important de chambres d'isolement consacrées aux patients touchés par ces bactéries réduit d'autant les disponibilités hospitalières pour les soins aigus. Un autre phénomène important est l'occupation des lits de courte durée par la clientèle orientée longue durée ou en cours d'évaluation. Ceci diminue considérablement les marges de manœuvre dans la gestion des lits et se répercute à l'urgence créant son encombrement. Pour endiguer ces difficultés, les établissements de la région procèdent actuellement à la révision de leur plan d'action à l'urgence et à la mise en place de lits de posthospitalisation.

Aussi, l'informatisation des services d'urgence débutée en septembre 2006 par l'implantation du système d'information et de gestion des urgences (SIGDU) est maintenant complétée dans les huit services d'urgence de la région.

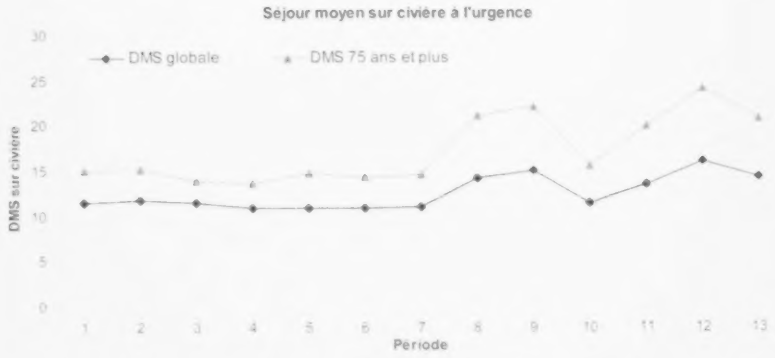
Bilan – Entente de gestion 2007-2008

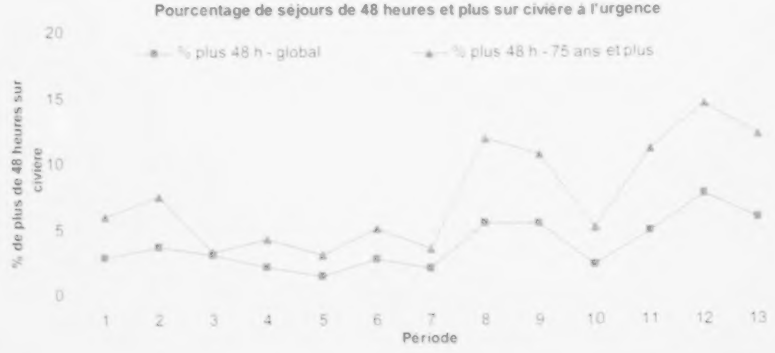
Axe	Services d'urgence – santé physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Séjour moyen sur civière	10,4	12,0	12,6
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13,8	12,5	17,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,0	1,0	3,9
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,2	3,0	7,9

Commentaires

L'apparition de phénomènes nouveaux tels que les bactéries résistantes SARM et ERV ainsi que les colites reliées au Clostridium difficile complique la gestion des lits. Autre facteur important : l'occupation des lits de courte durée par la clientèle orientée longue durée ou en cours d'évaluation qui réduit d'autant les disponibilités hospitalières pour les soins aigus. Les établissements procèdent actuellement à la révision de leur plan d'action à l'urgence et on assiste à la mise en place d'un projet de lits posthospitalisation.





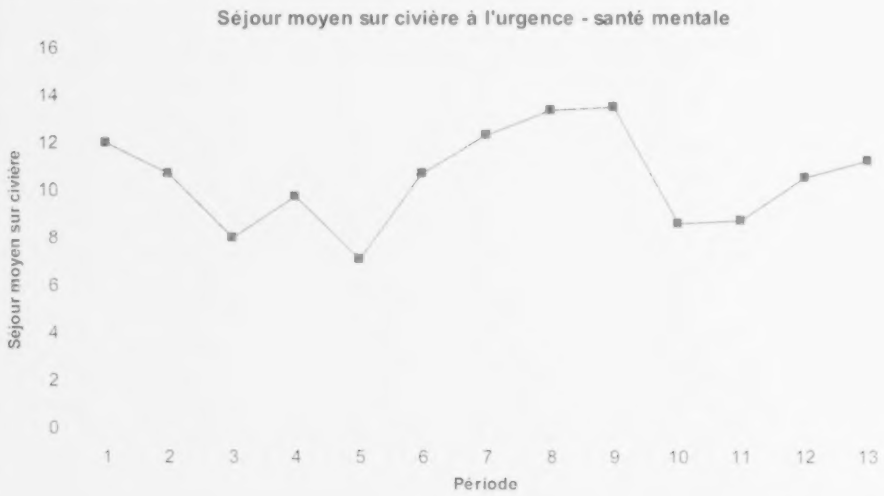
* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services d'urgence – santé mentale**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	9,3	12,0	10,6
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,5	0,5	2,2

Commentaires

Malgré une légère hausse, le séjour moyen sur civière s'est maintenu à un niveau inférieur à la cible.

Quant au pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière, il a connu une augmentation en 2007-2008. À ce chapitre, il faut souligner qu'il s'agit ici d'un faible volume, soit 23 cas sur un total de 1 054 patients couchés sur civière en santé mentale. La révision du plan d'action sur les urgences est présentement en cours.



* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Traumatologie

Au cours de l'année financière 2007-2008, deux dossiers majeurs touchant la traumatologie ont été complétés.

Premièrement, le Comité régional de traumatologie, en collaboration avec les établissements et les intervenants concernés, a procédé à la révision des corridors d'orientation lors de prise en charge de patients ayant subi un traumatisme modéré ou grave. Ainsi, l'ensemble des corridors de services de l'est de notre territoire a été redéfini, et ceci, tenant compte des paramètres applicables en cette matière. Ceux de l'ouest du territoire feront l'objet de la même démarche en 2008-2009.

Deuxièmement, dans la foulée de l'adoption des paramètres d'organisation des services pour le traumatisme craniocérébral léger en 2006-2007, nous avons déployé dans la région deux outils importants visant, d'une part, le repérage et la

référence au Centre de réadaptation physique L'InterAction des personnes ayant subi un tel traumatisme et, d'autre part, la communication à ces personnes des symptômes associés à leur état de santé. Ainsi, un formulaire de dépistage et de référence a été implanté dans tous les établissements de la région. Également, un feuillet d'information destiné aux patients a été publicisé par les CSSS. Soulignons enfin qu'une ligne téléphonique gratuite a été mise à la disposition de cette clientèle qui peut ainsi avoir accès, en cas d'inquiétude ou d'interrogation, à un intervenant désigné du Programme de dépistage du traumatisme craniocérébral léger.

Activités chirurgicales

La production chirurgicale réalisée en 2007-2008, tous les types de chirurgies confondues, enregistre une diminution de 3,2 % comparativement aux résultats obtenus en 2006-2007. Cette baisse globale est attribuable à un ralentissement de 8,6 % au niveau de la production de chirurgies avec hospitalisation. La problématique du manque de lits consacrés au secteur de la chirurgie est un facteur important à considérer par rapport à ces résultats.

Cependant, malgré l'observation de ce phénomène, il demeure important de souligner que la région a vu chuter ses listes d'attente en chirurgie de plus de 13,5 % et a augmenté sa production de chirurgies de la cataracte de plus de 20 %.

Depuis le 1er juin 2007, les modalités établies par le ministre concernant la garantie d'accès dans un délai maximal de six mois pour les chirurgies de la cataracte et les arthroplasties totales du genou ou de la hanche sont appliquées dans les établissements de la région. Au 31 mars 2008, en comparaison avec le 31 mars de l'année précédente, le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois est passé de 111 à 35 pour une chirurgie de la cataracte, de 28 à 5 pour une arthroplastie totale du genou et de 7 à 3 pour une arthroplastie totale de la hanche.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Chirurgie**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche, d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	162	149	137
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	239	229	220
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 662	1 674	1 999
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	6 264	5 296	5 119
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5 211	4 738	4 062
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	7	0	0
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	28	0	1
Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	111	0	15
Commentaires			
Concernant les indicateurs touchant le nombre de chirurgies d'un jour et celles avec hospitalisations réalisées, la comparaison entre les deux années financières présentées ci-dessus est difficile, car un facteur de conversion Med-Echo a été appliqué aux résultats GESTRED de 2007-2008, ce qui n'est pas le cas de 2006-2007. Sans l'application de ce facteur de conversion, l'analyse des résultats indiquerait une diminution globale de 3,2 % de la production chirurgicale pour 2007-2008 comparativement à 2006-2007. Malgré ce ralentissement, la région a vu chuter ses listes d'attente en chirurgie de plus de 13,5.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Télésanté

Les travaux menant au déploiement d'un système régional d'acquisition, d'archivage et de transmission des images radiologiques (PACS) dans le cadre des projets de télésanté du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval se sont poursuivis au cours de la dernière année. En attente d'un déploiement à l'automne 2009, le travail réalisé a consisté essentiellement à la préparation des différents sites qui accueilleront cette nouvelle technologie PACS, et ceci, selon les paramètres établis par le RUIS-Laval et en conformité avec ceux du Dossier de santé du Québec (DSQ). Forte de ces travaux préparatoires, notre région est fin prête à déployer la téléradiologie sur son territoire.

SERVICES PHARMACEUTIQUES ET LABORATOIRES

Pharmacie

Dans la foulée de l'implantation dans toutes les régions de systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments comme recommandé par le groupe de travail sur la question, notre région a franchi quelques étapes : tout l'exercice de planification a été complété, ceci fera en sorte que notre demande officielle de financement sera déposée sous peu au Ministère. Dans ces conditions, nous devrions être en mesure de procéder à l'achat d'équipements à l'automne 2008 et ainsi mettre en œuvre le calendrier de réalisation prévu.

Laboratoires

Afin de garantir un niveau élevé de qualité et d'assurer une amélioration continue des services, les huit laboratoires de biologie médicale de la région du Bas-Saint-Laurent se sont engagés au cours des dernières années dans le processus d'agrément. Ainsi, ils devront se conformer aux exigences de compétence et de qualité énoncées dans la norme CAN/CSA-15189. Un seul établissement de la région, soit le CSSS de Rimouski-Neigette, a reçu au cours de l'année financière 2007-2008 la visite d'un organisme d'agrément reconnu. Les sept autres établissements seront visités au cours de l'année 2008-2009. C'est donc dans une optique de maintien de l'efficacité et de l'efficience dans ce dossier que le mandat de la chargée de projet régionale de l'agrément des laboratoires a été maintenu au cours de la dernière année.

3.8 Programme de santé publique

Activités régionales en santé publique

Les actions diverses déployées dans la région en matière de santé publique sont issues de notre plan d'action régional 2004-2007 et s'avèrent toujours d'actualité. Une grande majorité de ces actions sont décrites dans les différentes rubriques thématiques qui sont présentées dans le présent rapport annuel: elles touchent notamment les domaines du développement de l'enfant, les saines habitudes de vie et les mesures de prévention pour les personnes âgées.

Dans la présente section, nous nous sommes donc concentrés sur les volets de santé publique concernant davantage l'aspect « Protection de la santé ».

Vaccination contre l'influenza

À l'automne 2007, le CSSS de Rivière-du-Loup a fait un exercice de vaccination de masse. Sur une période de 10,5 heures, le personnel a vacciné 2 775 personnes qui répondaient aux critères de vaccination gratuite (personnes de plus de 65 ans, personnes vivant avec une maladie chronique, etc.). En moyenne, 264 personnes ont été vaccinées à l'heure. Le matin, la demande a été plus grande qu'en après-midi.

De plus, pour augmenter la couverture vaccinale dans la région (personnes à risque et personnel soignant) les CSSS ont réalisé des activités dans leur centre respectif, soit offrir la vaccination à différentes périodes sur les lieux de travail pour le personnel et offrir la vaccination à la population dans des salles paroissiales sur des plages horaires variées.

Les résultats que nous avons permettent de dire que 46,7 % des travailleurs de la santé ont été vaccinés (taux sensiblement le même que l'an dernier : 45,8 %) et que 84,3 % de la clientèle vivant en CHSLD a été rejointe, ce qui représente une nette augmentation par rapport à l'an dernier (73,9 %).

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nouveau	209	192
Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	16	16	6
Commentaires			
Les données servant au suivi de l'indicateur sont compilées à l'aide du système d'information clientèle I-CLSC. Comme un SIDEP à fort débit est situé physiquement hors des locaux de la mission CLSC des CSSS, ces données ne sont donc pas saisies dans I-CLSC. Concernant les activités de dépistage des clientèles vulnérables, la presque totalité des actes en ce domaine est faite au sein des SIDEP, de sorte que les volumes attendus hors les SIDEP sont pratiquement nuls.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'an dernier, des visites d'appréciation de l'application des mesures de prévention des infections avaient été réalisées par une équipe de l'Agence dans les six centres hospitaliers du territoire.

D'ailleurs, à cet effet, chaque centre a reçu son rapport et a pu mettre en place un plan d'action. Des retombées ont été constatées, notamment par des projets concrets d'aménagement de chambres privées avec toilette et l'achat de petits équipements. Du travail reste à faire au plan des ressources à dédier en prévention des infections, pour le soutien au fonctionnement du comité local de prévention des infections et la formation du personnel.

Programme de surveillance du Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)

Cette année, une formation a été donnée pour l'utilisation du logiciel de surveillance et l'enregistrement de cas a débuté en juin 2007; des données statistiques et les tableaux de bord correspondants suivront cette année pour permettre au programme régional mis en place de se déployer.

Formation

Cette année, le dernier volet du programme a été donné, il touchait principalement les équipes en hygiène et salubrité et permettait de former des multiplicateurs pour rendre cette expertise partout disponible sur le territoire

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHU SGS	Nouveau	100.00	100.00
Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	Nouveau	100.00	62.50
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Nouveau	100.00	50.00
Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Nouveau	100.00	100.00

Commentaires

Le ratio recommandé d'infirmières (ETP) est atteint dans tous les CSSS pour la portion CHSGS, les écarts résiduels touchent exclusivement le secteur CHSLD pour trois établissements. La transformation en cours de l'offre de service pour personnes en perte d'autonomie aura pour conséquence d'améliorer le niveau d'atteinte du ratio en CHSLD considérant qu'un certain nombre de lits devraient être fermés au cours des deux prochaines années.

En 2007-2008, un investissement régional de plus de 66 000 $ a été réalisé afin d'améliorer la situation dans certains établissements ciblés.

Quant au comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, le critère permettant de déterminer si celui-ci est fonctionnel ou non repose sur le nombre de rencontres effectuées au cours de l'exercice financier. Lorsqu'un comité s'est rencontré à moins de six reprises, il est considéré comme non fonctionnel. Pour trois des six établissements visés, le comité s'est rencontré entre trois et cinq fois expliquant le niveau d'atteinte de 50 % de la cible. Ce critère ne peut pas à lui seul rendre compte de la fonctionnalité du comité.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008				
Axe	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**			
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.			
Indicateurs		***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	Nouveau	100.00	44.44
	Catégorisation	Nouveau	100.00	38.89
	Accord responsable	Nouveau	100.00	22.22
	Accord au c/a	Nouveau	100.00	0.00
	Désignation resp.	Nouveau	100.00	27.78

Commentaires

Dans un premier temps, nous devons noter que les cinq éléments à atteindre en hygiène et salubrité nécessitent encore des clarifications afin d'obtenir les réponses adéquates des établissements. Par ailleurs, la sortie tardive du document sur « Les zones grises » a retardé les établissements dans l'élaboration de leur répertoire des surfaces et la catégorisation. Les travaux sont actuellement en cours et seront complétés au cours de la prochaine année.

De plus, le Comité régional en hygiène et salubrité travaille depuis plusieurs semaines à l'élaboration d'un document sur « L'offre de service en hygiène et salubrité ». Celui-ci devrait être disponible au cours des prochains jours, permettant ainsi l'harmonisation dans les établissements du Bas-Saint-Laurent.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

La dernière année a été marquée par deux dossiers importants, soit celui des cyanobactéries (algues bleues) et celui de la filière éolienne. Ainsi, nous avons émis neuf avis de mise en garde aux cyanobactéries qui concernaient huit lacs du Bas-Saint-Laurent. Dans ce dossier, nous avons aussi effectué, en partenariat avec le ministère de l'Environnement, une tournée d'information.

Nous avons participé à plusieurs mandats du Bureau d'audience publique en environnement (BAPE) : site d'enfouissement de La Rédemption, port méthanier de Cacouna, projets d'éoliennes de Les Méchins et Matane, route 185, etc. Nous avons participé aussi au processus de consultation interministériel concernant l'implantation de deux établissements d'élevage porcin.

Ces activités spécifiques s'ajoutent à notre mandat légal dont l'élément principal consiste en la surveillance de la qualité de l'eau potable des quelque 300 réseaux d'eau potable de notre territoire. Ceci nous a permis de constater que cette année, 10 réseaux municipaux d'eau potable et 31 réseaux privés ont émis des « Avis de faire bouillir » dus à la présence de bactéries fécales. Comme dans les autres régions rurales du Québec, il y a encore beaucoup de municipalités qui devront effectuer une mise aux normes de leurs installations.

3.9 Services généraux et spécialisés

Cette section présente les principaux faits saillants touchant l'accès aux services psychosociaux et infirmiers en CSSS, Info-Santé et Info-Social, les dépendances, la violence et les agressions sexuelles.

Aussi, pour les personnes vivant avec des différences (déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement, déficience physique), on y présente autant les services de base que les services spécialisés.

SERVICES INFIRMIERS ET PSYCHOSOCIAUX GÉNÉRAUX

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)		3 531	3 531	3 384
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)		3,7	3,8	4,0

Commentaires

La légère diminution du nombre d'usagers a été plus que compensée par une augmentation de l'intensité. Le nombre total d'interventions a augmenté de près de 1 % entre 2006-2007 et 2007-2008.

Certains CSSS recourent de plus en plus à des interventions de groupe concernant différentes problématiques nécessitant des services psychosociaux et les données statistiques concernant ces interventions ne sont pas considérées par l'indicateur. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'interventions réelles qui contribuent significativement à améliorer l'offre de service régionale et à diminuer les listes d'attente.

Au niveau national, moins de 1 % de la population québécoise a eu recours à des services psychosociaux généraux, tandis qu'au Bas-Saint-Laurent, 1,7 % de la population a été desservie pour de tels services.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.

** Résultats en date du 13 mai 2008.

INFO-SANTÉ ET INFO-SOCIAL

En lien avec les orientations ministérielles, les activités régionales ont été centrées sur le développement, la consolidation et la concertation du service régional Info-Santé en collaboration avec les partenaires internes et externes du réseau. Par ailleurs, de concert avec les actions entreprises au Ministère, l'Agence a amorcé des travaux visant le service Info-Social.

En 2007-2008, 80 312 appels ont été dirigés au service, dont 18 577 furent abandonnés. Le niveau de service a été de 66 % des appels répondus en moins de 4 minutes. Par la suite, le système de réponse téléphonique maintenant mis en place (8-1-1) permet d'orienter l'appel vers la centrale Info-Santé d'une autre région qui est disponible. Ce nouveau service 8-1-1 devrait donc permettre d'améliorer sensiblement le temps de réponse. Dans ce sens, des changements majeurs concernant la téléphonie, la réponse provinciale des appels dépassant quatre minutes, l'accessibilité pour des appelants de langue anglaise et autres ont été réalisés.

Aussi, une structure régionale avec l'implication de chaque CSSS a été créée afin d'améliorer la qualité et la fiabilité des informations contenues dans le répertoire des ressources, outil indispensable pour Info-Santé afin de bien diriger la clientèle vers les services.

De plus, l'arrivée prochaine d'Info-Social se prépare actuellement en partenariat avec les responsables des services psychosociaux de chaque établissement, le Centre de crise du Bas-Saint-Laurent et les différents responsables de programmes de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

En ce qui concerne les perspectives pour la prochaine année, nous travaillons afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services par :

- Le développement du service des clientèles enregistrées vulnérables pour le soutien à domicile et les groupes de médecine familiale (GMF);
- Le déploiement du 8-1-1;
- La consolidation et le déploiement du répertoire des ressources dans le réseau;
- La planification et l'organisation des services intra et extra régionaux pour le développement Info-Social;
- L'arrimage des services avec les organismes communautaires.

VIOLENCE CONJUGALE ET AGRESSIONS SEXUELLES

Dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009* ***en matière de violence conjugale***, différentes réalisations ont eu cours : rencontre avec les responsables des tables locales en violence conjugale, rencontre avec les responsables du dossier violence dans les CSSS, octroi de subventions non récurrentes aux tables locales pour l'organisation de formations, de journées thématiques ou la production d'outils d'information.

Aussi, l'Agence a présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux le projet « La violence exercée par les femmes : mieux comprendre pour mieux intervenir » du Centre-Femmes du Grand-Portage dans le cadre de la mesure 53 du plan d'action gouvernemental. Le projet n'a pas été retenu parce qu'un des critères visait les femmes victimes de violence et non celles exerçant de la violence.

De plus, l'Agence a investi conjointement avec des commissions scolaires dans un projet pilote qui vise l'engagement d'une personne-ressource qui va favoriser l'intégration d'activités d'éducation à la sexualité pour la clientèle du premier cycle du secondaire.

Pour ce qui est des *Orientations gouvernementales* ***en matière d'agression sexuelle***, l'Agence a poursuivi des activités de soutien et de support aux centres désignés. Une rencontre annuelle a été organisée avec les centres désignés pour assurer le suivi des services dispensés aux victimes. Une demi-journée a été consacrée à une rencontre conjointe avec les policiers et les

procureurs pour échanger sur des problématiques vécues et partager des informations.

De plus, deux formations sur la trousse médico-légale et médico-sociale ont été dispensées aux médecins et au personnel infirmier des centres désignés.

L'Agence a continué à appuyer les deux cliniques pédiatriques en protection de l'enfance (CPPE) en assumant, entre autres, les coûts de la formation des deux infirmières dédiées à ces cliniques et leur participation au congrès provincial sur la maltraitance des enfants.

Aussi, l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique (entente interorganismes et interministères devant assurer la protection des enfants) continue de s'appliquer dans la région.

L'Agence supporte également le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Rimouski dans l'élaboration d'un outil pour lutter contre l'hypersexualisation.

DÉPENDANCES (TOXICOMANIES ET JEU PATHOLOGIQUE)

Étant donné que le choix régional prévu à l'entente de gestion 2006-2008 avec les établissements était de développer des stratégies nouvelles permettant de travailler avec une visée intégrative et coordonnée avec les autres services, les faits saillants touchant ce volet sont inclus dans les rubriques « Jeunes en difficulté » et « Santé mentale ».

Bilan – Entente de gestion 2007-2008

Axe	**Services de première ligne – toxicomanies**
Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec

Indicateurs	*Résultats 2006-2007*	*Cibles* 2007-2008*	*Résultats** 2007-2008*
Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	185	175	211

Commentaires

Le nombre de jeunes évalués et référés en alcoolisme et toxicomanie se trouve très largement au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui correspond à 99 jeunes pour notre région.

Les intervenants de première ligne des CSSS et des milieux scolaires sont davantage sensibilisés et détectent de façon plus systématique les jeunes qui peuvent présenter un problème de consommation.

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addendum, le cas échéant.
** Résultats en date du 15 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Jeu pathologique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	192	192	174
Commentaires			
L'offre de service en jeu pathologique demeure mal connue de la population régionale. Cependant, le Centre de réadaptation et les organismes communautaires arrivent tout de même à traiter un certain nombre de joueurs qui, cette année, se situe en deçà de la cible 2010 du MSSS qui est de 240, mais tout de même au-dessus du seuil de 160.			
Aussi, au niveau du traitement, le fait de ne pas avoir de trajectoire de service en dépendances sur le territoire du Bas-Saint-Laurent limite l'atteinte de la clientèle.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Depuis janvier 2008, les centres de santé et de services sociaux et le centre de réadaptation de la région qui s'occupe de cette clientèle (CRDI du BSL) ont amorcé une démarche conjointe visant à déterminer le partage des responsabilités entre les services généraux et spécifiques des CSSS et les services spécialisés du CRDI.

Jusqu'à maintenant, une première étape a permis de procéder à la nomenclature des services en déficience intellectuelle, pour les troubles envahissants du développement et le retard grave de développement, tout en précisant les responsabilités des CSSS en cette matière. Un document de travail est actuellement en validation et les travaux devraient reprendre à l'automne 2008 pour compléter les étapes subséquentes (analyse de l'offre de service, identification des clientèles prioritaires et priorités d'action).

Les services offerts à ces personnes le sont dans les huit territoires de la région et outre les services spécialisés, des services de soutien à domicile et de soutien à la famille sont disponibles.

L'amélioration des services aux personnes vivant avec un trouble envahissant du développement a été particulièrement importante les deux dernières années. Il y eut une augmentation de la demande et une spécialisation des services cliniques, notamment au niveau des enfants de moins de six ans. En 2005-2006, 12 enfants ont reçu un service d'intervention comportementale intensive (ICI), à raison de 15,5 heures par semaine par enfant, alors que pour l'année 2007-2008, le CRDI du BSL a offert ce service à 17 enfants à raison de 16,71 heures par semaine par enfant, augmentant ainsi autant le nombre d'enfants rejoints que l'intensité.

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent a profité du mois de l'autisme en avril dernier pour faire connaître son offre de service.

M^me^ Guylaine Côté, directrice générale du CRDI, et M. Alain Paquet, PDG par intérim

Photo : Journal L'Avantage

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	349	349	435
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	9,8	9,8	8,0
Commentaires			
Avec 435 personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED ayant reçu des services de soutien à domicile, la performance régionale se situe significativement au-dessus de la cible 2010 qui représente 262 usagers pour notre région. L'intensité des services a légèrement diminué en 2007-2008 pour se retrouver à huit interventions par usager, mais plus de personnes ont été desservies. Rappelons également que près de 600 personnes de la région présentant une déficience intellectuelle ou un TED sont présentement hébergées en RI ou en RTF et que le réseau familial continue de répondre en grande partie aux besoins d'aide à la vie quotidienne et domestique des personnes qui vivent dans leur communauté. Le niveau du soutien aux familles dépasse d'ailleurs la cible ministérielle de 2010.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (repit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	279	273	270
Commentaires			
Le résultat observé est légèrement inférieur à la cible régionale, mais demeure tout de même bien au-dessus de la cible 2010 du MSSS qui est de 243 usagers. Le réseau familial répond en grande partie aux besoins liés à la vie quotidienne des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED et vivant dans leur communauté. Les CSSS lui apportent un soutien concret.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Accès aux services - déficience intellectuelle - TED**		
Objectifs de résultats	Mise en œuvre du plan d'accès en DP, DI et TED.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès	0	9	9
Commentaires			
Tous les établissements ont désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	15	18	17
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	16,5	20,0	16,7
Commentaires			
Le nombre de jeunes TED bénéficiant de services d'intervention comportementale intensive est passé de 8 en 2004-2005 à 17 au cours de la dernière année. Au 31 mars, un seul jeune se trouvait en attente de service, et ce, depuis moins de soixante jours. Les services ont été mis en place dès le début du nouvel exercice. Il est convenu régionalement que tous les jeunes dont l'état requiert un service d'intervention comportementale intensive y aient accès rapidement. Différentes circonstances expliquent l'écart à la cible observé pour le nombre moyen d'heures hebdomadaires. En effet, la formation des intervenants, l'absence maladie du jeune ou de l'intervenant, le refus des parents de différer la reprise des heures, les congés fériés, la non-disponibilité du jeune ou de ses parents sont tous des facteurs justifiant l'impossibilité d'atteindre la cible de 20 heures par semaine. Cette cible demeure cependant celle à privilégier, et ce, compte tenu des données probantes sur le plan scientifique.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes âgées de 6 ans ou plus desservies.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre de personnes âgées de 6 ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	153	153	171
Commentaires			
La cible 2010 du MSSS qui se situe à 66 usagers chez les personnes âgées de 6 ans et plus a été largement dépassée avec un résultat de 171 personnes desservies en 2007-2008. Dix-huit enfants, adolescents et adultes nouvellement diagnostiqués ont pu recevoir des services y incluant les six enfants qui ont reçu des services ICI en 2006-2007 et qui sont entrés au scolaire. Parmi les adultes, quelques-uns ont reçu une précision diagnostique, mais recevaient déjà des services en DI. La présence grandissante de l'expertise TED qui se développe dans la région sert de levier au dépistage et à l'établissement d'un diagnostic TED chez la clientèle, particulièrement chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

DÉFICIENCE PHYSIQUE

Les travaux décrits précédemment en déficience intellectuelle sont également avancés pour le domaine touchant la déficience physique. Au printemps 2007, la nomenclature des services en déficience physique, incluant le partage des responsabilités entre les services généraux et spécifiques des CSSS et les services spécialisés du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) L'InterAction, a été finalisée.

Par la suite, les établissements ont procédé à une analyse de leur offre de service en fonction de cette nomenclature, et ce, par type de déficience (auditive, motrice, de la parole et visuelle) et par groupes d'âge (enfants, adultes et personnes âgées). Par la suite, les clientèles prioritaires ont été identifiées permettant ainsi de déterminer les priorités d'action pour les prochaines années et convenir d'un plan d'action commun.

De plus, les établissements ont à convenir d'un protocole d'entente sur les modalités de collaboration entre les CSSS et le CRDP afin d'assurer l'accès et la continuité des services.

Les tableaux suivants présentent le niveau de services dispensés autant dans le soutien à domicile, le soutien aux proches que dans les services spécialisés. D'autres tableaux montrent le niveau d'accès aux services autant en déficience physique, en déficience intellectuelle que pour les troubles envahissants du développement.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Soutien à domicile – déficience physique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 361	2 361	2 462
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	12,9	12,9	12,7
Commentaires			
Le nombre d'usagers dépasse largement la cible 2010 du MSSS qui est de 1 412 usagers. L'intensité des services s'est maintenue en 2007-2008. Il faut aussi considérer que les personnes présentant une déficience physique ont obtenu plus de 300 000 heures de services de soutien à domicile, soit par le chèque emploi service ou par le biais des entreprises d'économie sociale. Rappelons que ces interventions ne font pas partie des données du suivi de gestion.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Soutien à domicile – déficience physique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	213	227	201
Commentaires			
Les résultats observés démontrent une légère diminution par rapport à l'exercice précédent. Il s'agit d'une variation normale dans la gestion du programme de soutien à la famille. Les heures disponibles n'ont pas été modifiées.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services spécialisés – déficience physique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	1 851	1 899	1 588
Commentaires			
Plusieurs thérapeutes se sont absentés pour diverses raisons (maladie, maternité, congé parental) et la plupart n'ont pu être remplacés ou ont été remplacés par un intervenant d'une autre discipline, faute de ressources humaines disponibles. Les volumes d'activités ne peuvent être maintenus dans de telles situations, en raison du manque d'expertise ou de formation requise. De plus, le remplacement de thérapeutes exige, la plupart du temps, du temps d'orientation qui est assumé par d'autres thérapeutes dans les équipes concernées, ce qui a pour effet de diminuer le volume d'activités. La cible 2007-2008 qui s'appuyait sur la production de 2006-2007 était nettement surévaluée considérant qu'au cours de l'exercice 2006-2007, plusieurs dossiers de clients qui étaient vus simplement pour un contrôle annuel ont été fermés, faisant en sorte de gonfler indûment les statistiques. Aussi, comme l'investissement de 2007-2008 n'a pu être effectué dans les délais prévus, le volume additionnel anticipé ne s'est pas complètement réalisé.		

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services spécialisés – déficience physique**		
Objectifs de résultats	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats*** 2007-2008***
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice	58,57	58,57	62,04
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle	15,29	15,29	13,73
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive	11,13	11,83	14,03
Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage et de la parole	46,71	46,71	46,75
Commentaires			
Malgré des difficultés liées à l'absentéisme de certains types de professionnels spécialisés et à l'impossibilité de les remplacer, l'intensité des services a pu tout de même être maintenue et même améliorée dans certains cas, à l'exception de la déficience visuelle.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
*** Résultats en date du 13 mai 2008.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Services de première ligne - personnes handicapées**		
Objectifs de résultats	Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.		
Indicateurs	***Point de départ* 2006-2007***	***Cibles** 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Taux horaire	9,09	10	10
Commentaires			
Conformément aux orientations du MSSS, l'augmentation du taux horaire a été réalisée, rétroactivement au 1er avril 2007.			

* Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.
** Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008.

3.10 Dossier Qualité

Généralités

L'aspect qualité dans le domaine de la santé et des services sociaux touche de multiples dimensions et la présente rubrique n'a pas la prétention de toutes les couvrir. L'intention est, pour cette année, de mettre en évidence certaines d'entre elles faisant l'objet d'une attention particulière en fonction de priorités mises de l'avant par le MSSS.

Agrément des établissements

Notre région compte dix établissements publics qui ont tous entrepris une démarche pour l'obtention ou le renouvellement de leur agrément.

Jusqu'à maintenant, neuf d'entre eux ont obtenu leur accréditation de l'un ou l'autre des organismes d'agrément, soit le Conseil canadien d'agrément ou le Conseil québécois d'agrément. Ces accréditations sont en général obtenues pour deux ou trois ans. Un de ces établissements, le CSSS de Kamouraska qui avait un agrément antérieur pour sa mission CH, sera visité en automne 2008 afin d'obtenir son agrément comme établissement fusionné CH-CHSLD-CLSC. Un autre établissement, le CSSS des Basques, est à compléter son dossier pour une toute première demande.

Spécifiquement en 2007-2008, quatre établissements ont été visités et en date du 31 mars 2008, deux d'entre eux avaient reçu leur réponse officielle les agréant pour trois ans, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de Témiscouata, et les deux autres sont en attente d'une réponse d'ici l'automne 2008.

Sécurité des soins et des services

Gestion des risques

La gestion des risques est un volet prioritaire dans la mise en place de toutes les composantes en matière de prestation sécuritaire des services. Notre région a décidé d'offrir un soutien particulier aux établissements en dédiant une série d'activités permettant à chacun de répondre aux plus hauts standards en la matière. L'année qui vient sera une année d'implantation, une emphase sera mise en matière de déclaration obligatoire des incidents-accidents, de processus d'analyse et de divulgation, et un système informatique viendra supporter la mise en place du registre local et national.

Le soutien offert cette année s'est caractérisé par la mise en place de deux outils spécifiques :

- **Un forum régional en gestion des risques**. Celui-ci regroupe dans une seule application informatique tous les documents à jour, de mettre à la disposition de tous des rubriques répondant à des questions d'intérêt et de proposer des outils de formation continue. Ceci permet de réduire les rencontres régionales des répondants au strict minimum, d'assurer une circulation en temps réel des informations pertinentes et devient un outil de mise à niveau standardisé autant pour les gestionnaires en place que pour les nouveaux qui s'initient à ce dossier.
- **Un plan régional de formation**. Ceci assure aux établissements de recevoir en région une formation de haut niveau autant pour le volet clinico-administratif (déclaration/analyse/divulgation et échelle de gravité, méthodes d'analyse, processus d'enquête et comités partenaires) que pour le volet de

l'application informatique permettant de suivre de près les situations repérées (registre local et national, générateurs de rapports). Ce programme se terminera à l'hiver 2009.

- En date du 31 mars 2008, neuf établissements publics sur dix ont adhéré au programme.

Mesures de contrôle et d'isolement

À la suite du dépôt des orientations ministérielles sur les mesures de contrôle et d'isolement et aux formations données par le MSSS sur le sujet, chaque région a été sollicitée pour produire un plan triennal de déploiement permettant ainsi de sensibiliser les différents milieux de pratique aux risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle et d'isolement et de proposer des solutions alternatives. Le tout était associé à une formation incluant un grand nombre de gestionnaires et surtout des intervenants touchés par cette problématique.

Au printemps 2007, notre région a déposé son plan concernant les huit CSSS. Le bilan fait au 31 mars 2008 montre une amélioration sensible :

- 51 gestionnaires en provenance des 8 CSSS ont suivi la session de sensibilisation;
- 7 établissements sur 8 ont répondu aux attentes en matière de sensibilisation à l'intérieur de leur établissement (équipes de direction, différentes instances et personnel);
- 506 intervenants ont reçu la formation, ce qui représente 86 % de la cible minimale totale attendue du MSSS pour 2010 et 48 % de notre cible optimale régionale attendue pour 2010;
- 6 CSSS sur 8 ont atteint ou presque atteint leur objectif annuel prévu dans leur plan initial de formation;
- 6 CSSS sur 8 ont un règlement révisé depuis la mise en œuvre du plan régional en 2007;
- 4 CSSS sur 8 incluent systématiquement le sujet des mesures de contrôle dans leur plan d'intégration du nouvel employé;
- 2 CSSS sur 8 ont un bulletin de type « Info-contention ».

Rappelons que le but ultime de tous ces efforts est de tendre vers « contention 0 » et si une mesure de contrôle doit être utilisée, qu'elle le soit selon des règles strictes de sécurité et qu'en cas d'extrême nécessité.

Suivi des recommandations du coroner

Depuis l'an dernier, à la demande du MSSS, un suivi systématique est assuré par l'Agence lorsqu'un établissement ou un organisme en santé et services sociaux est spécifiquement visé par une recommandation du bureau du coroner en chef. Ceci touche également la mise en place d'« interventions de système » lorsqu'un groupe d'établissements est visé pour appliquer des recommandations même si l'événement en cause ne s'est pas produit chez eux.

En 2007-2008, une intervention de système a sollicité tous les CSSS de toutes les régions. Elle visait à contrôler les pratiques d'utilisation des opiacés à la suite d'un décès survenu dans une autre région et qui aurait pu être évitable. Dans notre région, cinq CSSS sur huit ont réalisé l'ensemble des étapes attendues et le tout devrait se conclure en automne 2008.

Aussi, des recommandations ont été adressées par le coroner dans cinq dossiers touchant des établissements de notre région, ce qui a permis d'améliorer des situations :

- En lien avec la réduction de l'accessibilité aux armes à feu pour des personnes à risque suicidaire;
- En lien avec l'utilisation des systèmes de détecteur de mobilité et de cloches d'appel pour les personnes vulnérables hébergées en soins de longue durée;
- En lien avec la coordination des demandes de ressources diverses lors d'une intervention d'urgence et des mesures de sécurité en matière d'aires de jeux;
- En lien avec la référence entre les services en psychiatrie et les médecins de famille;
- En lien avec les précautions à prendre dans les cas de maîtrise physique.

Aussi, l'analyse par les principaux intéressés de ces situations a fait avancer davantage certains dossiers et ceci s'est conclu pour notre région par trois mesures supplémentaires :

- Une campagne régionale de désistement volontaire des armes à feu qui a donné de bons résultats avec 353 armes inutilisées qui ont été remises au corps policier.
- La signature d'un protocole d'entente entre la centrale régionale 9-1-1, la Sûreté du Québec, les services préhospitaliers d'urgence de la région et l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent; ce protocole assure la disponibilité spéciale d'un véhicule ambulancier lorsque la Sûreté du Québec en fait la demande.
- La mise en place d'une procédure initiée par le Département régional de médecine générale (DRMG) assurant une prise en charge des clientèles vulnérables par un médecin de famille, particulièrement celles vivant des problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques.

Comité des usagers et de résidents des établissements

Actuellement, la composition de certains comités des usagers et de résidents n'est pas entièrement comblée et des efforts restent à faire en ce sens. Toutefois, la majorité de ces comités est fonctionnelle.

Visites d'appréciation de la qualité des services

Cette année, six visites d'appréciation de la qualité des services ont été réalisées dans notre région : quatre en milieux de soins de longue durée (Matane, Témiscouata, Les Basques, La Mitis), une auprès de ressources intermédiaires ou de type familial pour personnes âgées (La Matapédia) et une auprès de ressources de type familial en Centre jeunesse.

Des plans d'amélioration ont été déposés pour donner suite aux recommandations de chacune des visites et un suivi régulier est ainsi assuré.

Tous les détails sur ces visites peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencesssbsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation – Rapports de visite.

Certification des résidences privées

Le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidences pour personnes âgées* de même que les articles 346, 531 à 539 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipulent qu'à compter du 1er février 2009, tout exploitant d'une résidence pour personnes âgées devra posséder et afficher un certificat de conformité. Afin d'obtenir ce certificat, l'exploitant d'une résidence doit se conformer aux 26 critères inscrits dans le règlement.

Pour ce faire, l'Agence a tenu des rencontres d'information dans chaque territoire de CSSS en juin 2007 avec un rappel en janvier 2008, remis une pochette contenant tous les documents pertinents et produit des outils facilitant l'appropriation de la démarche. De plus, un service de soutien téléphonique a été offert et dans certains cas, des exploitants ont été supportés dans leur préparation. De plus, un travail de concertation a eu lieu avec les services des incendies des différentes municipalités, les CSSS et les commissions scolaires pour le volet de la formation.

Au 31 mars 2008, on dénombrait 173 résidences pour personnes âgées sur le territoire de l'Agence. De ce nombre, 35 exploitants ont déposé leur demande d'un certificat de conformité et 8 visites ont été réalisées par le Conseil québécois d'agrément qui a été mandaté par le MSSS pour effectuer les visites de certification. Au 31 mars, aucun certificat de conformité n'a été délivré par l'Agence considérant que des éléments restaient toujours non conformes.

PLAN RÉGIONAL EN PANDÉMIE ET SÉCURITÉ CIVILE

Sécurité civile

Un travail préliminaire a été amorcé afin de doter l'Agence d'un plan d'organisation régionale de sécurité civile – mission santé (PORSC-MS) qui tient compte à la fois de la réorganisation du réseau, des travaux en cours sur la pandémie et des nouvelles orientations de la mission santé en sécurité civile. Ce document stratégique, qui sera finalisé en 2008-2009, servira de référence aux établissements dans leur démarche pour se doter de plans locaux de sécurité civile adaptés aux nouvelles réalités.

En ce qui concerne la formation, près de 70 intervenants et gestionnaires du volet psychosocial de la région ont été formés au cours de l'année sur les interventions psychosociales à mettre en place lors d'un sinistre. La région peut donc maintenant compter sur un effectif d'environ 250 intervenants psychosociaux prêts à intervenir au besoin. Une formation a également été donnée aux porte-parole de chacun des établissements afin de leur permettre de jouer adéquatement leur rôle lors de sinistres qui pourraient survenir sur leur territoire.

L'Agence a également apporté conseils et support aux établissements impliqués dans des événements comme les inondations printanières, les tempêtes de neige qui ont paralysé une partie de la région, le décès d'un jeune survenu tragiquement dans une école secondaire ou à l'occasion d'autres tragédies comme un accident d'autobus, un incendie majeur et un accident ferroviaire.

Plan régional de lutte à une pandémie

L'éventualité d'une pandémie d'influenza a continué à canaliser les efforts de préparation des différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux de la région en 2007-2008. Ainsi, le *Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza – Mission santé* a été mis à jour. De plus, le processus d'intégration des plans de lutte à une pandémie d'influenza à l'intérieur des structures de la sécurité civile de l'Agence et de chacun des établissements de la région a été complété. Cet arrimage permet d'assurer une meilleure efficience quant aux interventions à mettre en place lors de sinistres, de tragédies majeures ou d'une éventuelle pandémie.

De plus, l'Agence a travaillé avec l'Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) afin de s'assurer de l'arrimage de la mission santé avec les autres secteurs de la société qui seront inévitablement touchés ou mis à contribution lorsque la pandémie surviendra. Dans la foulée de cette opération, l'Agence a participé conjointement avec l'ORSC à des rencontres d'information auprès des municipalités, des commissions scolaires et des centres de la petite enfance afin de s'assurer de leur préparation à ce niveau.

Soulignons également que lors de la période de vaccination contre l'influenza saisonnière, l'Agence a supporté l'expérimentation d'une campagne de vaccination de masse dans un établissement de la région, selon le modèle POD (point of distribution) prévu au plan de pandémie. Cet exercice a permis de mettre à l'épreuve ce modèle de vaccination prévu au plan de pandémie et d'y apporter les ajustements nécessaires. Nous prévoyons que chacun des établissements de la région en fasse l'expérimentation au cours de la prochaine période de vaccination.

Bilan des demandes d'accès à l'information

Dans le cadre de la **Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels,** l'Agence est tenue de mettre à la disposition des demandeurs les documents requis. Pour cette année, nous avons reçu huit demandes, dont certaines n'ont pu être traitées étant donné que des renseignements demandés n'étaient pas détenus par l'Agence; le tout a été répondu dans les délais prescrits.

Perspectives

Afin de soutenir les établissements dans le suivi des différentes cibles touchant la qualité et faisant l'objet d'attention particulière de la part du MSSS et de l'Agence, nous avons mis à leur disposition une fiche de type « aide-mémoire ». Cette fiche sert autant les gestionnaires dans leur suivi de mise en œuvre que pour colliger l'ensemble des données nécessaires dans la reddition de comptes annuelle.

Enquête sur la satisfaction des usagers

L'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec a révélé des résultats très positifs pour la région du Bas-Saint-Laurent. En effet, 95 % des personnes vivant au Bas-Saint-Laurent et ayant consulté, au cours des 12 mois précédant l'enquête, un professionnel de la santé ou des services sociaux à l'hôpital, à la clinique médicale ou au CLSC se disent « assez satisfaites » ou même « très satisfaites » des services reçus.

3.11 Organismes communautaires

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi ses travaux avec le Comité de travail sur l'harmonisation de la gestion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en vue de modifier le *Cadre régional de gestion de la reconnaissance et du soutien financier des organismes communautaires* pour l'actualiser et le rendre conforme aux travaux effectués au niveau national.

L'Agence confirme également son respect des règles et des normes édictées par le MSSS. En ce sens, pour le versement des subventions aux organismes communautaires, l'Agence doit s'assurer d'avoir reçu une demande de subvention de chaque organisme reconnu et que les documents exigés en ce qui concerne la reddition de comptes soient déposés, à savoir :

- la preuve de l'assemblée générale;
- le rapport d'activités;
- le rapport financier;
- les orientations et les priorités de l'année;
- les données informatives.

Aussi, afin de répondre à une demande du Comité de valorisation des organismes communautaires, un portrait des organismes communautaires a été diffusé aux établissements du réseau et à l'extérieur du réseau afin de faire connaître la contribution des organismes au domaine de la santé et des services sociaux. La majorité des organismes fait de l'éducation populaire, de l'assistance, de l'accompagnement, du renforcement du tissu social et de la relation d'aide.

L'Agence a également supporté des organismes qui ont présenté des projets avec une vision régionale ou sous-régionale, dont le projet « Mangez mieux » qui vise à distribuer des fruits et des légumes aux familles démunies de la région et à développer leur autonomie alimentaire.

L'Agence a également alloué un budget de développement aux organismes communautaires régionaux et sous-régionaux, ce qui a permis une mise à niveau de financement pour les maisons d'hébergement pour personnes en difficulté et en dépendances.

Aussi, deux organismes communautaires du Bas-Saint-Laurent se sont démarqués au niveau national lors de la remise des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux (octobre 2007) :

- *L'Association du cancer de l'Est du Québec (ACEQ) a reçu le Prix d'excellence dans la catégorie « Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables ».*
- *Le Mouvement d'Aide et d'INinformation Sida Bas-Saint-Laurent (M.A.IN.S. BSL) s'est vu décerner au même gala une mention d'honneur dans la catégorie « Prévention et protection de la santé et du bien-être ».*

3.12 Ressources humaines

Développement régional des ressources humaines

L'Agence poursuit sa mission de contribuer au développement des compétences des personnes œuvrant dans les établissements du Bas-Saint-Laurent, autant pour les gestionnaires que pour le personnel syndiqué. Pour ce faire, elle compte sur la collaboration de trois comités régionaux :

- Comité de coordination et de concertation régional en ressources humaines des établissements;
- Comité régional de développement du personnel syndiqué;
- Comité régional de développement du personnel d'encadrement.

Développement pour le personnel syndiqué du réseau

L'Agence assure la promotion et la diffusion des programmes de formation élaborés par le Ministère et travaille conjointement avec les responsables des établissements pour la mise en œuvre selon les priorités régionales et locales.

Afin de consolider le développement des compétences et la mise en place de nouvelles pratiques, approches et technologies, l'Agence a investi 276 315 $ dans divers programmes touchant les secteurs suivants : santé mentale et dépendances, personnes âgées en perte d'autonomie, jeunesse, maladies chroniques, sécurité civile et qualité des services. Environ 60 thèmes de formation ont été offerts rejoignant tout près de 1 300 personnes.

Développement pour le personnel d'encadrement et les administrateurs

Pour l'année 2007-2008, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 249 092 $. Une portion du budget, soit 74 727 $, a été retenue à l'Agence pour soutenir les activités régionales de développement. Le solde a été réparti au prorata du nombre de cadres équivalents temps complet dans chacun des établissements au 31 mars 2007.

Parmi les activités régionales effectuées, notons deux formations pour les directeurs généraux et leur comité de direction sous les thèmes « La responsabilité populationnelle : où en sommes-nous? » et « Notre réseau, une richesse… car ensemble, nous faisons la différence! ». Vient s'y

ajouter un programme offrant des formations de 2e cycle (22 personnes) pour le personnel d'encadrement, de 1er cycle (23 personnes) et de 2e cycle (45 personnes) pour la préparation de la relève des cadres intermédiaires, dont les coûts sont assumés par l'Agence, les établissements et les participants.

Les administrateurs de notre réseau ont aussi reçu une formation sur le thème « Session d'accueil 2007 pour les membres des conseils d'administration du Bas-Saint-Laurent ».

Mobilisation

Des travaux ont été réalisés dans le dossier « Qualité de vie au travail du personnel d'encadrement » pour donner suite à une demande exprimée par les représentants de la Table des directeurs généraux et du comité regroupant les directeurs des ressources humaines des établissements du Bas-Saint-Laurent. Le Bas-Saint-Laurent s'est adjoint les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine qui vivent la même situation, et a pris l'initiative dans la réalisation des diverses étapes de ce dossier. Afin de dresser le portrait de la problématique, elle a mis en place un comité de travail qui, par le biais d'un questionnaire, vise à cibler les stratégies concernant la qualité de vie au travail du personnel d'encadrement et identifier les pistes de solutions possibles. Les travaux se poursuivent.

Planification de la main-d'oeuvre

Bien que tout indique que la région du Bas-Saint-Laurent ne soit pas en situation de pénurie infirmière comparativement à d'autres régions du Québec, certains signes laissent entrevoir de sérieuses difficultés à l'horizon. À l'image du reste de la province, le Bas-Saint-Laurent n'échappe pas aux problèmes reliés à la main-d'œuvre et éprouve de grandes difficultés d'attraction et de rétention de main-d'œuvre, notamment chez le personnel infirmier, mais aussi chez certaines catégories de techniciens et de professionnels de la santé.

À cet effet, nous sommes en pénurie de main-d'œuvre dans les titres d'emploi suivants : technicien en électrophysiologie, technicien en médecine nucléaire, technicien en génie biomédical, archiviste médical, diététiste-nutritionniste, audiologiste, pharmacien, ergothérapeute et physiothérapeute.

Dans une vision stratégique de planification de main-d'œuvre, l'Agence et ses différents partenaires (établissements, maisons d'enseignement, Emploi-Québec) ont révisé et adopté un nouveau plan d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. Différentes activités en matière de promotion du réseau et d'interventions auprès des étudiants de tous les niveaux scolaires sont ciblées. Des zones de priorités ont été identifiées et celles-ci engageront des niveaux d'interventions aux plans local et régional.

La fin de l'année 2007-2008 a également été marquée par l'annonce et la présentation du cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre développé par le Ministère. La région du Bas-Saint-Laurent s'est dotée d'une stratégie d'implantation de ce cadre normatif, établi selon les exigences du Ministère, et prévoit un déploiement final au 31 mars 2009.

En ce qui a trait à la préparation à l'éventualité d'une pandémie d'influenza, une répartition des ressources alternatives intéressées à soutenir le personnel du réseau en cas de besoin a été réalisée. Il s'agit de personnes retraitées du réseau de la santé et des services sociaux qui ont volontiers accepté de soutenir les équipes en place. Une banque régionale d'un peu plus de 50 personnes demeure disponible pour compléter les équipes lorsque requis.

Mentorat et externat

À la demande des directrices de soins infirmiers de la région au printemps 2007, l'Agence a apporté une aide financière pour assurer la supervision clinique des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) pour la période estivale.

Ainsi, 8 projets de mentorat ont été présentés et acceptés par l'Agence pour un financement totalisant 189 249 $. Ces projets sont des actions importantes et concrètes en matière d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre. Ils permettent, entre autres, un meilleur encadrement clinique et un accompagnement constant, ce qui se traduit par une hausse importante du taux de rétention.

Également, l'Agence a accepté de financer un projet d'externat pour un montant de 12 000 $. L'embauche d'externes est également un moyen à privilégier dans une planification stratégique de la main-d'œuvre.

Programme national de développement des compétences et organisation du travail

En 2007, le MSSS mettait en place le Programme national de développement des compétences liées à un processus de révision de l'organisation du travail. L'objectif poursuivi par ce programme étant de soutenir la formation des intervenants sur des activités nouvelles découlant d'un partage des rôles différents à la suite d'une révision de l'organisation du travail.

Pour ce programme, une somme de 153 227 $ a été octroyée à la région du Bas-Saint-Laurent et des priorités d'action en fonction des clientèles qui avaient été ciblées par le Ministère ont été établies. Après consultation auprès de tous les établissements, deux priorités ont été retenues, soit les assistants techniques en pharmacie et les infirmières auxiliaires en soins à domicile. Mais considérant les travaux entrepris dans le secteur de la pharmacie, l'implantation de nouvelles technologies, la révision du circuit du médicament et la réorganisation du travail nécessaire dans ce secteur, les assistants techniques en pharmacie ont été retenus comme priorité.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

À la suite de l'évaluation des besoins en infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne et en raison du manque de médecins de famille sur notre territoire, l'Agence a reçu six bourses réparties comme suit : deux au CSSS de La Matapédia, deux au CSSS de Témiscouata, une au CSSS de Matane et une au CSSS de Rivière-du-Loup. Les établissements sont à la recherche de candidates pour suivre cette formation.

L'objectif est de permettre à l'IPS en soins de première ligne d'exercer en étroite collaboration avec un ou plusieurs médecins omnipraticiens auprès de patients de tout âge dont les besoins passent de l'évaluation à l'élaboration et à la mise en place d'un plan thérapeutique infirmier et médical.

Mesures administratives applicables au personnel clinique et autres mesures incitatives

Le budget alloué à la région pour les mesures administratives particulières applicables au personnel clinique pour la période 2007-2008 était de 118 900 $, budget qui n'a pas été entièrement utilisé par les établissements cette année. De cette somme, des mesures représentant 105 052 $ ont été versées lors de la période estivale et des primes ont également été payées lors de la semaine de relâche scolaire pour un montant de 8 937 $, ce qui totalise 113 989 $.

Encore une fois cette année, les primes de recrutement et de maintien en emploi et les forfaits d'installation aux pharmaciens ont permis à la région l'embauche de trois nouvelles ressources dans un secteur en très grande vulnérabilité.

Afin d'atténuer les effets de la pénurie de main-d'œuvre infirmière pour la période estivale, de maintenir l'accessibilité et d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services, le MSSS a mis en place une mesure supplémentaire pour les infirmières à l'urgence et aux soins intensifs. Cette prime de 7 % sur les heures travaillées s'adresse aux établissements avec un service d'urgence reconnu comme étant primaire ou secondaire et ayant un volume d'activités annuel plus grand que 30 000 visites à l'urgence et une unité de soins intensifs. Deux établissements de notre région ont eu accès à cette mesure qui est toujours en place au 31 mars 2008, soit les CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.

Enfin, conformément à une demande formulée par les infirmières, une somme non récurrente de 310 000 $ destinée à l'acquisition d'instruments et de petits appareils conçus pour supporter le travail des équipes de soins critiques et améliorer le milieu de pratique des infirmières nous a été octroyée par le MSSS.

Service régional de main-d'oeuvre

Du côté du Service régional de main-d'œuvre, 726 requêtes de main-d'œuvre ont été traitées. Douze personnes sont inscrites sur la liste de salariés disponibles au 31 mars 2008, statistique stable depuis les deux dernières années à ce chapitre. Le nombre de personnes sur la liste des cadres en stabilité est passé de trois à deux à la suite du départ à la retraite d'une personne inscrite.

Coordination des stages

Comme par les années passées, le sous-comité sur la coordination des stages a tenu deux rencontres au cours de l'année 2007-2008. Ces rencontres ont comme objectif de s'assurer que le nombre de places de stages offert est suffisant pour accueillir tous les stagiaires de la région. C'est un lieu privilégié pour échanger sur les difficultés vécues tant en établissements qu'en maisons d'enseignement, et trouver des solutions à nos problématiques. Les principales situations qui ont été soulevées relèvent de la difficulté à embaucher des professeurs qui sont de moins en moins libérés par les établissements et la capacité des établissements à accueillir en même temps différentes cohortes d'étudiants. Les partenaires font preuve d'imagination et d'accommodement dans la planification des stages afin de répondre à l'objectif poursuivi.

Négociations locales

L'Agence a joué un rôle de soutien auprès des établissements dans la conduite de leurs négociations locales par le partage d'information et un service d'aide à la rédaction des textes de leur nouvelle convention. L'année 2007-2008 a marqué la fin des négociations collectives locales qui ont été menées avec succès dans l'ensemble des établissements.

L'Agence a également négocié pour son personnel deux conventions collectives locales et conclu les arrangements locaux se rattachant à la convention collective nationale.

Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs

Le Service régional en prévention et promotion de la santé des travailleurs offre les services professionnels d'un agent de prévention et d'un psychologue organisationnel.

Un support aux activités des différents comités paritaires est offert. Il est à noter que neuf établissements sur dix ont un comité paritaire en santé et sécurité au travail fonctionnel ou en démarrage.

De plus, la formation d'équipes d'agents multiplicateurs a été soutenue, dans quatre des huit CSSS, pour effectuer des tests d'étanchéité au visage des masques N-95 de Cardinal qui seront utilisés par le personnel en cas de pandémie.

Un bilan des absences en assurance salaire, incluant celles liées à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), pour la région du Bas-Saint-Laurent a été fait à la Table des directeurs généraux présentant certains indicateurs de performance relativement à la fréquence des accidents et la gravité des lésions professionnelles en rapport avec les coûts en CSST.

Les résultats obtenus par les établissements de la région en regard de la gestion de la présence au travail démontrent un taux d'absentéisme qui a diminué de 0,35 %. Le résultat atteint par la région au 31 mars 2008 s'établissait à 5,93 % comparativement à la cible de l'entente de gestion qui est de 6,44 %, pour un écart positif de 0,51 %. À cette période, six établissements atteignaient la cible fixée avec un écart intéressant incluant l'Agence; par contre, cinq établissements sur dix dépassaient la cible.

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Personnel du réseau et du Ministère**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats 2007-2008***
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,28	6,52	6,05
Commentaires			
Des diagnostics ont déjà été réalisés dans six des dix organisations et des plans d'action ont été élaborés. D'autre part, trois établissements de la région ont demandé l'intervention du programme SST-Réseau pour le diagnostic organisationnel. Un soutien est offert aux établissements par la mise en commun des services d'un agent de prévention et d'un psychologue organisationnel.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats de la période 12, en date du 13 mai 2008 pour la MOI et du 23 avril pour les heures travaillées.

Les motifs d'absence en assurance salaire (2007-2008) – Données partielles*					
Médecine	**Chirurgie**	**Psychologique**	**Musculo-squelettique**	**Oncologie**	**Autres**
15,12 %	10,92 %	48,37 %	19,38 %	5,21 %	1,0 %

* Données du CSSS de Rivière-du-Loup à P 9, du CSSS Kamouraska à P 10 et du CSSS de Matane à P 11.

En ce qui a trait à la fréquence des accidents pour 2007, elle se maintient au niveau de 2006, soit une réduction de 30 % par rapport à 2002. Ceci peut s'expliquer par la mise en place de comité paritaire dans les établissements, l'installation de leviers sur rail au plafond et par des actions de prévention en santé et sécurité au travail.

Pour ce qui est de la gravité des accidents du travail, on constate pour l'année 2007 que 12 % des accidents sont responsables de 50,4 % de l'ensemble des coûts. Afin de remédier à cette problématique, les efforts seront axés sur le retour au travail et tout particulièrement par l'assignation temporaire. Par contre, on assiste à une baisse de 24 % de la gravité des accidents de travail de 2001 à 2007.

Un service-conseil a également été apporté en santé et sécurité au travail dans le cadre du réaménagement des pharmacies sur notre territoire et plus particulièrement sur l'aménagement optimal des locaux et l'installation de hottes utilisées pour la préparation des produits de traitement oncologique. Des efforts de formation et d'évaluation des méthodes de travail sécuritaires seront à mettre en place par les établissements les plus avancés.

Le psychologue organisationnel a poursuivi l'implantation d'ateliers en praxéologie dont l'objectif vise à long terme une diminution de l'absentéisme relié à la santé psychologique des travailleurs et l'augmentation du mieux-être des employés.

Aussi, des sessions de formation ont été données par le psychologue dans le cadre du programme de superviseurs de premier niveau. Ces formations rejoignent 90 personnes issues de 8 établissements. Les thèmes abordés sont l'exercice du rôle de superviseur de premier niveau, la gestion des employés difficiles et la gestion des conflits.

Une contribution a également été requise pour le volet psychosocial de la mise à jour du plan de pandémie d'influenza.

3.13 Ressources informationnelles

Encore cette année, nous avons poursuivi d'autres interventions en lien avec le développement des systèmes d'information et qui étaient requises afin d'appuyer et de soutenir l'intégration des services, principalement celles portant sur l'élaboration d'une vision et d'une planification stratégique régionale des ressources informationnelles supportant l'organisation et l'intégration des services cliniques. Par ailleurs, le déménagement du Technocentre régional et la mise en œuvre des projets prioritaires retenus permettent d'assurer l'architecture technologique nécessaire et de commencer l'actualisation du dossier santé électronique.

Ces réalisations ont été possibles grâce aux efforts partagés et aux stratégies d'action retenues favorisant une mise en commun et une optimisation des actifs informationnels régionaux. Mentionnons la création d'une masse critique de ressources humaines et technologiques, localisées au Technocentre du Bas-Saint-Laurent. Ceci a favorisé le recours à des plateformes technologiques communes et la mise en commun de l'outillage informatique support (serveurs, applications, etc.). De plus, le Technocentre régional offre un soutien technique aux établissements.

Plan stratégique régional

En conformité avec les objectifs découlant de la mise en place des réseaux locaux de services et en soutien à l'intégration des services, l'Agence a complété l'actualisation de son *Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2005-2007* au cours de l'exercice 2007-2008. Les travaux suivants ont été menés :

- Finalisation de l'implantation des systèmes d'information clinique :
  - Gestion des rendez-vous;
  - Système d'information à l'urgence;
  - Pharmacie institutionnelle.
- Modifications apportées en cours d'implantation des systèmes d'information :
  - Système de gestion financière et matérielle : compte tenu des problématiques au niveau fonctionnel de l'application gestion du matériel, une entente est intervenue avec le fournisseur du produit afin de résilier en partie le contrat liant les parties. À la suite de cette entente, la région a procédé à l'acquisition d'une nouvelle application de gestion du matériel dont le déploiement est en cours.

- Système d'information pour les patients hospitalisés (Med-Écho) : étant donné que le fournisseur de l'application déployée a perdu son accréditation, la région a procédé à la mise en place d'une nouvelle application.

Optimisation de l'infrastructure technologique

Au cours de l'exercice 2007-2008, la région a entrepris des travaux portant sur l'infrastructure technologique régionale afin de s'assurer, entre autres :

- d'un meilleur arrimage dans les opérations courantes entre les CSSS et le Technocentre;
- d'une meilleure circulation de l'information entre les applications.

De plus, nous avons procédé au rehaussement du réseau de télécommunication afin d'augmenter la vitesse de télécommunication.

Clinique médicale virtuelle

La mise en œuvre des réseaux locaux de services vise à assurer la disponibilité des systèmes intégrés d'information permettant de partager des données cliniques pour assurer la prise en charge globale du client et de supporter les cliniciens, améliorant ainsi l'accessibilité aux données, la continuité et la qualité des services. À cette fin, l'Agence, les établissements, les médecins et les cliniciens de la région ont retenu de développer un dossier santé électronique soumis aux normes de confidentialité établies et à une gestion rigoureuse du consentement. Fort d'une très grande mobilisation des cliniciens à cet égard, le projet a pris un envol remarqué qui fait l'envie d'un bon nombre de régions du Québec.

Depuis le démarrage de ce projet, différentes étapes ont été franchies. Le projet sous sa forme actuelle s'inscrit en soutien des services de première ligne. De ce fait, il intégrera 85 médecins, 13 infirmières ainsi que les secrétaires de ces cliniques. De plus, six GMF en font partie ainsi que deux cliniques privées.

Les modules suivants sont disponibles : prescripteur, gestion des tâches, réception des examens de laboratoire et rapports de radiologie. Il sera ainsi possible d'accéder à tous les examens de laboratoire et de radiologie pour les patients du Bas-Saint-Laurent ayant donné leur consentement, et cela, peu importe l'endroit où les examens ont été effectués. En effet, toutes les données cliniques des huit CSSS seront à très court terme hébergées au Technocentre de la région. Les examens antérieurs seront également accessibles selon la disponibilité qui est présente dans chacun des dépôts des CSSS, ce qui représente plusieurs millions de résultats de tests.

Il sera également possible d'échanger des messages entre cliniciens sur certains aspects des suivis des patients. Des copies et des commentaires pourront être joints aux rapports électroniques, puis acheminés aux médecins participants. Toutes les prescriptions effectuées dans les différents dossiers seront donc accessibles à ces médecins. Ces informations seront disponibles de n'importe quel accès Internet, et cela, tant à l'intérieur des CSSS qu'à l'extérieur.

Outre un accès plus facile à l'information clinique du patient par les cliniciens, les données disponibles permettront d'éviter la demande d'examens diagnostiques inutiles n'amenant aucune valeur ajoutée.

L'installation physique nécessaire pour supporter ce projet régional est maintenant terminée au Technocentre régional. Les derniers tests d'ajustement sont en cours pour s'assurer du bon fonctionnement de la plateforme d'Omnimed qui est le fournisseur retenu.

Actuellement, l'applicatif clinique médicale virtuelle est implanté ou en voie de l'être dans les cliniques médicales suivantes : GMF Grand-Portage, GMF Lafontaine, GMF de La Mitis et GMF de La Matépédia.

Dossier de santé du Québec

Au cours du printemps 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris la mise en place du Dossier de santé du Québec (DSQ). Dans cette perspective, la région a entrepris des travaux afin de se qualifier au déploiement du Dossier de santé du Québec. D'ailleurs, en février 2008, l'équipe nationale du DSQ signifiait que le Bas-Saint-Laurent serait dans la première cohorte de déploiement du Dossier de santé du Québec.

3.14 Projets d'immobilisations et achat d'équipements médicaux spécialisés

Projets d'immobilisations (financement du MSSS)

Les principaux projets d'immobilisations en cours, pour l'année 2007-2008, concernent les établissements suivants :

CSSS de Rimouski-Neigette

Dans le cadre de la planification stratégique immobilière régionale, la première phase du plan directeur immobilier qu'a réalisé l'Hôpital régional de Rimouski touchant principalement l'imagerie médicale a reçu un avis favorable d'exécution. Pour cette première phase d'une envergure de 17,9 millions de dollars, les appels d'offres ont lieu au printemps 2008. Les travaux devraient être d'une durée de 18 mois pour être complétés vers 2010.

CSSS de Kamouraska

Les travaux prévus pour des rénovations fonctionnelles touchant l'urgence, les soins intensifs, les cliniques externes, la radiologie, l'obstétrique de même que les unités de soins du Centre Notre-Dame-de-Fatima ont été réalisés comme prévu à l'automne 2007. L'inauguration a eu lieu le 15 octobre 2007.

Photo : Le Saint-Laurent Portage

Unité de médecine familiale du KRTB

Dans le cadre du déploiement des unités de médecine familiale, les CSSS de quatre territoires se sont regroupés pour mettre en place un projet commun. Ce projet totalisait des investissements en immobilisations et en équipements de 2,2 millions de dollars.

Outre l'agrandissement réalisé au CSSS des Basques l'an dernier, pour le CSSS de Témiscouata, le processus d'acquisition des équipements est aussi complété (17 000 $); les réaménagements et les équipements sont en bonne voie de réalisation ou d'acquisition pour le CSSS de Rivière-du-Loup (660 300 $) et le CSSS de Kamouraska (61 200 $).

Projets d'immobilisations (financement régional)

CSSS de Rimouski-Neigette

Le Ministère a autorisé l'installation d'un TEP SCAN au CSSS de Rimouski-Neigette. Ce projet nécessite des investissements en matière de réaménagement de l'ordre de 1,8 million de dollars, dont 1,4 million sera assumé par l'établissement et l'Agence. L'établissement complète l'élaboration des plans et devis. Les appels d'offres auront lieu au cours du printemps 2008. La mise en service de l'équipement est prévue pour l'automne 2008.

Un autre projet est en cours de préparation, soit l'agrandissement de la pharmacie du service d'hémato-oncologie. Ce projet nécessite des investissements de plus de 1,4 million de dollars, dont une somme de 867 000 $ sera versée par le Ministère. Le solde sera assumé par la région. Les plans et devis sont en élaboration et les appels d'offres auront lieu au cours du printemps 2008. Les travaux seront réalisés pour l'automne 2008.

CSSS de Témiscouata

Les travaux prévus dans le cadre d'un projet de 1,2 million de dollars pour réaménager le bloc opératoire de l'Hôpital de Notre-Dame-du-Lac seront terminés pour l'automne 2008 et permettront aussi de corriger le réseau de gaz médical et la ventilation.

Aussi, les travaux de réaménagement (345 000 $) du service de pharmacie de l'Hôpital ont été exécutés.

CSSS de La Matapédia

Les travaux prévus pour revoir l'ensemble de l'organisation du service de pharmacie et la conformité des hottes ont été finalisés comme prévu à l'automne 2007.

SOMMAIRES RÉGIONAUX DES FONDS D'ÉQUIPEMENTS ET D'IMMOBILISATIONS

Les investissements pour des projets d'immobilisations et d'équipements pour les secteurs santé et social

Immobilisations		
Sécurité		126 750 $
Vétusté		7 414 646 $
Rénovation fonctionnelle		6 323 987 $
Augmentation de capacité		0 $
		13 865 333 $
Équipements		
Technologies de l'information		627 020 $
• Medi-visit	246 542 $	
• Médi-patient	158 422 $	
• Progiciels financiers	128 560 $	
• Système information pharmacie	66 815 $	
• SARDO	26 681 $	
Équipements médicaux et autres		9 329 208 $
• Allocations directes	1 630 131 $	
• Équipements médicaux haute technologie	6 370 935 $	
• Aides techniques	79 142 $	
• Équipements infirmières SI/Urgences	310 000 $	
• Équipements PPT – Urgence CSSS Kamouraska	860 000 $	
• Autres	79 000 $	
		9 956 228 $

Les principales acquisitions d'équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés pour les centres hospitaliers de la région sont les suivantes :

Établissements de la région Bas-Saint-Laurent

Acquisitions - Équipements médicaux spécialisés et ultraspécialisés

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS	CAT	SUBVENTION
CSSS de Kamouraska	Analyseur à coagulation		45 000 $
	Tomodensitomètre		1 100 000 $
CSSS de Témiscouata	Échographe général		200 000 $
	Système de monitoring		55 000 $
CSSS de Rivière-du-Loup	Tables chirurgicales (2)		100 000 $
	Ventilateurs (4)		200 000 $
CSSS des Basques	Centrifugeuse de table		11 000 $
	Lecteur de bandelettes urinaires		27 000 $
	Moniteur défibrillateur		20 000 $
CSSS de Rimouski-Neigette	Analyseurs de formules sanguines (2)		265 000 $
	Analyseurs de coagulation (2)		185 000 $
	Téléradiologie et console diagnostique		240 000 $
	Système de gestion ECG		250 000 $
	Cytomètre à Flux		13 423 $
	TEP SCAN		3 200 000 $
	Images numériques et films radiologie		73 453 $
CSSS de La Mitis	Bain thérapeutique		18 000 $
	Appareil de radiologie		93 159 $
CSSS de Matane	Appareil d'analyse d'hémoculture		31 900 $
	Equipement d'endoscopie digestive		78 000 $
	Système de télémétrie		30 000 $
	Pompes volumétriques		75 000 $
CSSS de La Matapédia	Module de visualisation en endoscopie		60 000 $

Bilan – Entente de gestion 2007-2008			
Axe	**Gestion des bâtiments et des équipements**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.		
Indicateurs	***Résultats 2006-2007***	***Cibles* 2007-2008***	***Résultats** 2007-2008***
Consommation en giga joules par mètre carré	1.53	1.64	1.57
Commentaires			
Le résultat de cet indicateur a légèrement augmenté depuis l'exercice précédent, mais atteint tout de même la cible régionale pour 2007-2008. Il est important de noter que la variation des degrés-jours est un facteur primordial dans la variation de la consommation et explique les écarts de l'année 2007-2008.			

* Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008 additionné de celui de l'addenda, le cas échéant.
** Résultats en date du 13 mai 2008.

CHAPITRE 4

DONNÉES FINANCIÈRES

2007-2008

4.1 Résultats financiers de l'Agence

Rapport de la direction en regard des états financiers de l'Agence

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

Le président-directeur général par intérim,

Alain Paquet, CA

Le directeur des ressources financières et matérielles,

Daniel Lévesque, CA

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2008 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 30 mai 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 22 juillet 2008

ÉTATS DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation — **Exercice terminé le 31 mars 2008**

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
Subventions MSSS :					
- Budget signifié	01	6 484 564 $	6 344 114 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	34 453 $	269 614 $		
- Variation des revenus reportés – MSSS	03	(5 059 $)			
Total (L. 01+ L.03)	04	6 513 958 $	6 613 728 $		
Revenus d'intérêts	05	26 141 $	36 837 $	74 166 $	67 719 $
Revenus commerciaux	06				
Revenus d'autres sources :					
- Contributions de l'avoir-propre	07				
- Contributions de fonds affectés	08		75 000 $		
- Contributions du fonds des activités régionalisées	09		10 275 $		
- Autres	10	582 308 $	672 893 $	179 621 $	69 296 $
TOTAL (L.04 à L.10)	11	7 122 407 $	7 408 733 $	253 787 $	137 015 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation :					
- Salaires - personnel cadre	12	842 325 $	794 980 $	48 134 $	
- Salaires - personnel autre	13	2 627 246 $	2 678 112 $	1 795 $	8 289 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	14	142 673 $	151 129 $	5 632 $	
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	15	549 772 $	523 645 $		2 194 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	16	15 703 $	14 362 $		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	17	89 730 $	85 501 $		
- Charges sociales - personnel cadre	18	96 332 $	84 601 $	6 604 $	
- Charges sociales - personnel autre	19	373 575 $	376 334 $	236 $	1 331 $
	20				
- Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A (act. princ.)	21	217 129 $	241 022 $	7 558 $	8 734 $
- Services achetés	22	791 062 $	689 721 $	97 752 $	45 304 $
- Communications	23	194 249 $	205 141 $	10 744 $	2 347 $
- Loyer	24	483 790 $	478 887 $		
- Location d'équipement	25	823 $	1 069 $		
- Fournitures de bureau	26	94 316 $	86 214 $	1 166 $	984 $
- Autres frais et transfert à des établissements	27	79 423 $	110 342 $		
- Charges non réparties - autres	28	368 050 $	736 438 $		
- Transfert de frais généraux	29				
- Charges extraordinaires	30				
Total des charges d'exploitation (L.12 à L.30)	31	6 966 198 $	7 257 498 $	179 621 $	69 183 $
Dépenses d'immobilisations	32	145 896 $	119 044 $		
TOTAL (L.31 + L.32)	33	7 112 094 $	7 376 542 $	179 621 $	69 183 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.33)	**34**	**10 313 $**	**32 191 $**	**74 166 $**	**67 832 $**

Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2008**

RÉSULTATS

		Exercice courant	Exercice précédent
PRODUITS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	1 919 000 $	1 318 741 $
Variation des revenus reportés – Crédits régionaux	02		
Contributions des établissements	03	433 358 $	408 085 $
Revenus d'intérêts	04	1 676 $	4 427 $
Contributions du fonds d'exploitation	05	13 053 $	2 816 $
Contributions de fonds affectés	06	1 106 637 $	1 057 368 $
Revenus d'autres sources	07	346 853 $	342 251 $
Total (L.01 à L.07)	08	3 820 577 $	3 133 688 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation :			
- Salaires - personnel cadre	09	140 333 $	150 931 $
- Salaires - personnel autre	10	814 509 $	709 240 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	11	26 629 $	25 919 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	12	139 816 $	132 431 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	13	3 842 $	3 343 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	14	24 551 $	17 404 $
- Charges sociales - personnel cadre	15	22 305 $	22 902 $
- Charges sociales - personnel autre	16	120 959 $	105 908 $
- Frais de déplacement et d'inscription	17	107 456 $	105 221 $
- Services achetés	18	908 943 $	933 771 $
- Communications	19	94 210 $	35 969 $
- Loyer	20	154 967 $	151 789 $
- Location d'équipement	21	2 559 $	2 809 $
- Fournitures de bureau	22	18 491 $	10 161 $
- Autres frais	23	4 819 $	3 544 $
- Transferts de frais généraux	24		
- Contributions au fonds d'exploitation	25		10 275 $
- Contributions à des fonds affectés	26		
- Autres	27		
Total des charges d'exploitation (L.09 à L.27)	28	2 584 389 $	2 421 617 $
Dépenses d'immobilisations	29	1 046 833 $	1 011 335 $
TOTAL (L.28 + L.29)	30	3 631 222 $	3 432 952 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.30)	**31**	**189 355 $**	**(299 264 $)**

ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, D'IMMOBILISATIONS ET DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds combinés **Exercice terminé le 31 mars 2008**

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
		Activités principales	Avoir propre		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	76 606 $	1 702 272 $	6 507 944 $	24 630 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	10 313 $	74 166 $		189 355 $
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		53 708 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds :					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			145 896 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12			1 046 833 $	
Autres	13				
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	10 313 $	127 874 $	1 192 729 $	189 355 $
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				
Régularisations - analyse financière	17	22 898 $			
	18				
Régularisations - autres	19				
	20				
Libération de surplus	21	53 708 $			
Autres	22			1 107 941 $	
	23				
TOTAL (L.16 à L.23)	24	76 606 $		1 107 941 $	
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(66 293 $)	127 874 $	84 788 $	189 355 $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	**26**	**10 313 $**	**1 830 146 $**	**6 592 732 $**	**213 985 $**

EXERCICE PRÉCÉDENT
2006-2007

Fonds combinés — **Exercice terminé le 31 mars 2007**

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Fonds des Activités régionalisées
		Activités principales	Avoir propre		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	11 100 $	1 623 455 $	5 614 424 $	323 894 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02	32 191 $	67 832 $		
Régularisations - analyse financière	03				
	04				
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		10 985 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			119 044 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
- Fonds des activités régionalisées	12			1 011 335 $	
Autres	13				
Subvention pour rétroactivité salariale	14	72 904 $			
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	105 095 $	78 817 $	1 130 379 $	
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16				299 264 $
Régularisations - analyse financière	17				
Équité salariale	18	115 $			
Régularisations - autres	19				
	20				
Libération de surplus	21	10 985 $			
Autres	22			236 859 $	
Rétroactivité salariale	23	28 489 $			
TOTAL (L.16 à L.23)	24	39 589 $		236 859 $	299 264 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	65 506 $	78 817 $	893 520 $	(299 264 $)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	**26**	**76 606 $**	**1 702 272 $**	**6 507 944 $**	**24 630 $**

BILAN DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées **Exercice terminé le 31 mars 2008**

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	2 278 291 $	1 968 263 $	385 269 $	102 162 $
Débiteurs : - MSSS	02	87 587 $	309 480 $	39 638 $	6 215 $
- Établissements	03	9 525 $	12 449 $	123 034 $	115 714 $
- Fonds d'exploitation	04			10 463 $	
- Fonds des activités régionalisées	05				
- Fonds affectés	06		75 000 $	75 183 $	150 116 $
- Autres	07	125 625 $	104 676 $	11 660 $	7 674 $
Intérêts courus	08	9 161 $	8 806 $	582 $	185 $
Taxes à recevoir	09	39 384 $	38 992 $	13 908 $	19 099 $
Charges payées d'avance	10				
Autres éléments	11				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 549 573 $	2 517 666 $	659 737 $	401 165 $
Autres éléments d'actif	13				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 + L.13)	14	2 549 573 $	2 517 666 $	659 737 $	401 165 $
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	15			1 421 $	116 401 $
Emprunts de banque	16				
Créditeurs : - MSSS	17		9 360 $		
- Établissements	18	131 376 $	56 819 $	52 052 $	32 862 $
- Fonds d'exploitation	19				
- Fonds des activités régionalisées	20	10 463 $			
- Fonds affectés	21				
- Autres	22	407 187 $	476 275 $	274 113 $	77 156 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23	20 892 $	20 892 $		
Autres revenus reportés	24	139 196 $	175 442 $	118 166 $	150 116 $
Autres éléments	25				
Total – Passif à court terme (L.15 à L.25)	26	709 114 $	738 788 $	445 752 $	376 535 $
À long terme	27				
TOTAL DU PASSIF (L.26 + L.27)	28	709 114 $	738 788 $	445 752 $	376 535 $
SOLDE DE FONDS	29	1 840 459 $	1 778 878 $	213 985 $	24 630 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	**30**	**2 549 573 $**	**2 517 666 $**	**659 737 $**	**401 165 $**

Fonds d'immobilisations — **Exercice terminé le 31 mars 2008**

BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	6 592 732 $	6 507 944 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	6 592 732 $	6 507 944 $
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10		
SOLDE DE FONDS	11	6 592 732 $	6 507 944 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	**6 592 732 $**	**6 507 944 $**

Fonds d'immobilisations **Exercice terminé le 31 mars 2008**

ÉVOLUTION DU FONDS D'IMMOBILISATIONS

Immobilisations		Solde au début	Acquisition	Disposition	Régularisation	Solde à la fin
Améliorations locatives	01	694 925 $	6 686 $			701 611 $
Aménagement	02					
Bâtiments	03					
Chariots	04					
Développement des systèmes informatiques	05	1 265 947 $	804 329 $	349 321 $		1 720 955 $
Équipements informatiques	06	2 651 677 $	296 427 $	146 230 $	(4 150 $)	2 797 724 $
Équipements médicaux	07					
Équipements - mesures d'urgence	08	713 290 $		569 281 $		144 009 $
Machinerie, mobilier et équipement	09					
Maison mobile-ambulance	10					
Matériel roulant	11	206 355 $	29 286 $	28 475 $		207 166 $
Mobilier et équipements de bureau	12	975 750 $	56 001 $	10 484 $		1 021 267 $
	13					
	14					
	15					
	16					
Total (L.01 à L.16)	**17**	**6 507 944 $**	**1 192 729 $**	**1 103 791 $**	**(4 150 $)**	**6 592 732 $**

BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2008**

BILAN

ACTIF		Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse	01	1 437 791 $	1 621 849 $
Débiteurs : - MSSS	02	31 395 886 $	25 299 699 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	126 402 $	110 840 $
- Établissements	04	11 621 253 $	9 256 027 $
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	39 501 $	43 549 $
- Autres	08		108 $
Intérêts courus	09	6 854 $	9 244 $
Autres éléments	10		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	44 627 687 $	36 341 316 $
À long terme - Compte à recevoir MSSS – Enveloppes décentralisées	12	47 092 117 $	49 940 818 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.11 + L.12)	13	91 719 804 $	86 282 134 $
PASSIF			
À court terme			
Découvert de banque	14	12 597 $	24 084 $
Emprunts de banque	15	11 621 253 $	9 256 027 $
Intérêts sur emprunts à payer	16	126 402 $	110 840 $
Créditeurs et charges à payer :			
- Établissements	17	26 770 855 $	21 312 686 $
- Organismes	18	159 592 $	
- Fonds d'exploitation	19		75 000 $
- Fonds des activités régionalisées	20	75 183 $	150 116 $
- Autres	21	643 746 $	760 147 $
Subventions reportées	22		22 573 $
Revenus reportés MSSS et crédits régionaux	23	5 663 $	
Autres éléments	24		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.24)	25	39 415 291 $	31 711 473 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	26	47 092 117 $	49 940 818 $
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26)	27	86 507 408 $	81 652 291 $
SOLDE DE FONDS	28	5 212 396 $	4 629 843 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.27+L.28)	**29**	**91 719 804 $**	**86 282 134 $**

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2008**

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE DU DÉBUT	01	4 629 843 $	4 157 763 $
Ajustements	02	57 699 $	
Récupération par le Ministère	03		
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	4 687 542 $	4 157 763 $
AUGMENTATION **Provenance :**			
MSSS	05	45 750 765 $	19 430 164 $
Crédits régionaux	06	77 048 $	15 738 701 $
Variation des revenus reportés – MSSS et crédits régionaux	07	16 909 $	
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	220 669 $	204 119 $
Revenus d'intérêt	09	131 520 $	132 216 $
Contributions du fonds d'exploitation	10		
Contributions du fonds des activités régionalisées	11		
	12		
Autres	13	3 392 326 $	3 606 525 $
TOTAL (L.05 à L.13)	14	49 589 237 $	39 111 725 $
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	15	24 066 059 $	15 448 590 $
- Organismes	16	406 591 $	284 918 $
Intérêts sur emprunts	17	220 669 $	204 119 $
Contributions au fonds d'exploitation	18		75 000 $
Contributions au fonds des activités régionalisées	19	971 900 $	1 020 774 $
	20		
Charges d'exploitation :			
- Salaires	21		
- Avantages sociaux	22		
- Charges sociales	23		
- Frais de déplacement et d'inscription	24		
- Services achetés	25		
- Location d'équipement	26		
- Fournitures de bureau	27		
- Autres charges d'exploitation	28		
Dépenses d'immobilisations	29		
Autres	30	23 399 164 $	21 606 244 $
TOTAL (L.15 à L.30)	31	49 064 383 $	38 639 645 $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32	**5 212 396 $**	**4 629 843 $**

ÉTAT DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés des immobilisations et des équipements

Exercice terminé le 31 mars 2008

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Fonds des immobilisations		Fonds des équipements	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	1 936 286 $	1 153 337 $	1 379 300 $	2 018 220 $
Ajustements – Abrogation de projets	02			57 699 $	
Récupération par le Ministère	03				
Solde du début après ajustements et récupération (L.01 à L.03)	04	1 936 286 $	1 153 337 $	1 436 999 $	2 018 220 $
PROVENANCE					
MSSS	05	14 184 144 $	8 448 052 $	13 863 478 $	9 861 225 $
Crédits régionaux	06				
Variation des revenus reportés – MSSS et crédits régionaux	07				
Subvention pour intérêts sur emprunts	08	108 871 $	102 381 $	111 798 $	101 738 $
Revenus d'intérêts	09				
Contributions du fonds d'exploitation	10				
Contributions du fonds des activités régionalisées	11				
Contributions d'autres fonds affectés	12				
Autres	13			150 000 $	175 189 $
Total (L.05 à L.13)	14	14 293 015 $	8 550 433 $	14 125 276 $	10 138 152 $
ATTRIBUTIONS					
Établissements	15	13 865 333 $	7 577 665 $	9 911 080 $	6 735 286 $
Organismes	16				
Intérêts sur emprunts	17	108 871 $	102 381 $	111 798 $	101 738 $
Contributions au fonds d'exploitation	18		75 000 $		
Contributions au fonds des activités régionalisées	19		11 368 $	971 900 $	1 009 406 $
Contributions à d'autres fonds affectés	20				
Charges d'exploitation:					
- Salaires	21				
- Avantages sociaux	22				
- Charges sociales	23				
- Frais de déplacement et d'inscription	24				
- Services achetés	25				
- Location d'équipement	26				
- Fournitures de bureau	27				
- Autres charges d'exploitation	28				
Dépenses d'immobilisations	29				
Autres	30		1 070 $	2 931 829 $	2 930 642 $
Total (L.15 à L.30)	31	13 974 204 $	7 767 484 $	13 926 607 $	10 777 072 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.04 + L.14 - L.31)	32	**2 255 097 $**	**1 936 286 $**	1 635 668 $	**1 379 300 $**

FONDS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET DE TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

Exercice terminé le 31 mars 2008

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Répétitif	Non répétitif	Total année courante 2007-2008 (C.1 + C.2)	Total année précédente 2006-2007
		C.1	C.2	C.3	C.4
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01			193 778 $	97 841 $
Ajustements	02				
Solde du début après ajustements (L.01 + L.02)	03			193 778 $	97 841 $
PROVENANCE					
MSSS	04	13 976 353 $	428 021 $	14 404 374 $	
Crédits régionaux	05				13 782 229 $
Variation revenus reportés – MSSS et crédits régionaux	06				
Revenus autonomes	07	3 207 916 $		3 207 916 $	3 260 271 $
Revenus d'intérêts	08		65 440 $	65 440 $	64 255 $
Autres	09		1 689 $	1 689 $	2 639 $
Total (L.04 à L.09)	10	17 184 269 $	495 150 $	17 679 419 $	17 109 394 $
ATTRIBUTIONS					
Contrats minimaux de services d'ambulance	11	15 186 141 $		15 186 141 $	14 494 760 $
Particularités régionales	12	198 418 $	37 823 $	236 241 $	189 771 $
Éléments rectifiables	13		241 658 $	241 658 $	272 739 $
Centre de communication santé	14	1 273 456 $		1 273 456 $	1 131 963 $
Formation	15	339 698 $		339 698 $	156 308 $
Assurance qualité	16	104 096 $		104 096 $	135 071 $
Allocation de retraite	17		107 519 $	107 519 $	24 500 $
Médicaments	18		23 917 $	23 917 $	20 757 $
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	19				588 830 $
Attribution à des organismes	20				
Ajustements des années antérieures	21		35 286 $	35 286 $	(10 606 $)
Premiers répondants	22				
Déplacement des usagers	23				
Charges d'exploitation :					
- Salaires	24				
- Avantages sociaux	25				
- Charges sociales	26				
- Frais de déplacement et d'inscription	27				
- Services achetés	28				
- Location d'équipement	29				
- Fournitures de bureau	30				
- Autres charges d'exploitation	31				
Dépenses d'immobilisations	32				
Autres	33	7 763 $		7 763 $	9 364 $
Total (L.11 à L.33)	34	17 109 572 $	446 203 $	17 555 775 $	17 013 457 $
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L.10 - L.34)	35			**317 422 $**	**193 778 $**

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2007-2008

Exercice terminé le 31 mars 2008

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2007-2008 inscrit dans le système SBF-R	01	457 059 813 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	411 565 160 $
Allocations aux organismes communautaires	03	13 237 611 $
Allocation à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	265 810 $
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	425 068 581 $
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	18 099 618 $
Autres – Programme d'externat en soins infirmiers	07	1 200 $
TOTAL (L.05 à L.07)	08	443 169 399 $
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	13 890 414 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	10	5 583 167 $
- Comptes à payer non signifiés	11	7 726 395 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissements publics		
- Comptes à payer signifiés	12	189 174 $
- Comptes à payer non signifiés	13	164 616 $
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L.10 à L.13)	14	13 663 352 $
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	227 062 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	**16**	

Note : Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'État de l'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1 - Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties et les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin de l'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici une description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés, et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attributions de subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, d'activités régionalisées, d'immobilisations et affectés se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 3 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	145 896 $	119 044 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--
Fonds des activités régionalisées		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	1 046 833 $	1 011 335 $
Produit de disposition d'immobilisations	--	--

Note 4 - Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 42 507 045 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 3,96 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 30 885 792 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2008. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2008.

Note 5 - Provision pour vacances, congés de maladie et heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	589 140 $	537 306 $
Congés de maladie	67 840 $	67 286 $
Heures supplémentaires	129 782 $	135 895 $
	786 762 $	**740 487 $**

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2008	2007
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $ portant intérêt aux taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023.	451 684 $	1 143 990 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 3,98 % et 7,97 % est payable semestriellement.	46 640 433 $	48 796 828 $
Solde	**47 092 117 $**	**49 940 818 $**
Tranche échéant à moins d'un an	3 238 950 $	8 342 070 $
TOTAL	**43 853 167 $**	**41 598 748 $**

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2009	3 238 950 $
2010	11 801 253 $
2011	4 706 435 $
2012	6 567 197 $
2013	2 462 839 $
	28 776 674 $

Note 7 – Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Note 8 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéant à diverses dates jusqu'au 31 décembre 2015 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2008 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 638 239 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2009	575 165 $
2010	575 165 $
2011	574 566 $
2012	572 769 $
2013	572 769 $
2014 et subséquemment	832 275 $
	3 702 709 $

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

4.2 Allocations des ressources financières aux établissements[2]

Budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Nom de l'organisation subventionnée	Établissement privé conventionné		Établissements publics	
	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008
CSSS de Kamouraska			29 500 877 $	30 834 274 $
CSSS de Rivière-du-Loup			63 169 106 $	68 868 789 $
CSSS de Témiscouata			24 922 443 $	26 493 515 $
CSSS des Basques			10 798 899 $	11 608 470 $
CSSS de Rimouski-Neigette			114 803 203 $	122 366 868 $
CSSS de La Mitis			31 522 983 $	33 200 727 $
CSSS de La Matapédia			26 380 177 $	27 778 890 $
CSSS de Matane			33 172 124 $	34 717 692 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent			22 711 694 $	24 266 232 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent			23 177 394 $	24 727 848 $
Foyer Saint-Cyprien (1993) inc.	1 988 433 $	0 $		
TOTAL	**1 988 433 $**	**0 $**	**380 158 900 $**	**404 863 305 $**

Surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Établissements publics	2006-2007 (Note 1)	2007-2008
CSSS de Kamouraska	305 871 $	0 $
CSSS de Rivière-du-Loup	(332 885 $)	235 475 $
CSSS de Témiscouata	(65 848 $)	0 $
CSSS des Basques	(42 796 $)	382 $
CSSS de Rimouski-Neigette	(330 271 $)	(400 970 $)
CSSS de La Mitis	(302 583 $)	88 $
CSSS de La Matapédia	2 $	10 517 $
CSSS de Matane	(139 881 $)	81 747 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	69 122 $	44 974 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	(50 000 $)	178 190 $
	(889 269 $	**150 403 $**

Note 1 : Il s'agit du résultat du fonds d'exploitation tel que présenté par l'établissement à son rapport financier annuel.

[2] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet d'une vérification par le Vérificateur général du Québec.

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2007-2008 : 19

b) Montants totaux au 31 mars 2008 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	• Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	9 909 827 $	1 286 502 $
Catégorie	• Équilibre budgétaire	8 628 000 $	1 286 502 $
	• Traitement différé	302 827 $	0 $
	• Revenus tierce responsabilité	160 000 $	0 $
Type	• Immobilisations (autorisé par l'Agence et le MSSS)	4 958 092 $	4 321 229 $
Catégorie	• Projets autofinancés	1 326 237 $	1 303 992 $
	• Projets autofinancés – Économie d'énergie	2 996 526 $	2 381 908 $
	• Projets financés par les activités accessoires	635 329 $	635 329 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2008.

- Dépenses courantes de fonctionnement : 2,05 %
- Dépenses en immobilisations : 1,12 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application du projet de loi nº 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis quelques années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que la majorité des établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible maximale autorisée pour les exercices financiers 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008.

Selon la cible déficitaire maximale annuelle autorisée par le Ministère, la somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devait pas excéder 962 257 $ en 2007-2008. Le montant réel du surplus global régional s'établit à 150 403 $. Par ailleurs, pour l'exercice financier 2007-2008, seul le CSSS de Rimouski-Neigette a présenté un écart à la cible déficitaire de 400 970 $.

4.3 Allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits[3]

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2006-2007	Enveloppe 2007-2008
Alcoolisme et toxicomanie		
Aux Trois Mâts	82 007 $	47 500 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	240 312 $	194 750 $
Unité Domrémy de Ville St-Pascal inc.	10 289 $	10 515 $
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	231 592 $	237 500 $
Unité Domrémy de Causapscal	8 002 $	8 178 $
Unité Domrémy de Luceville	1 714 $	1 752 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	22 863 $	23 366 $
Unité Domrémy de Saint-Gabriel – relais communautaire	11 434 $	11 686 $
L'Arrimage	256 136 $	240 908 $
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	10 289 $	10 515 $
Maison L'Odyssée pour joueurs compulsifs	7 000 $	7 000 $
Total Alcoolisme et toxicomanie	**881 638 $**	**793 670 $**
Familles		
Maison de la famille du Kamouraska	12 514 $	12 789 $
Les Grands amis de la région de Matane	19 116 $	19 537 $
Grands amis de la Vallée	17 017 $	17 391 $
Pivot-Famille Mitis	12 016 $	12 280 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	57 160 $	58 418 $
Les Grands amis de Rimouski	37 448 $	38 272 $
Les Grands Amis du KRTB	22 204 $	22 692 $
Maison de la famille du Témiscouata	12 303 $	12 574 $
Ressources familles des Basques	7 255 $	4 914 $
Total Familles	**197 033 $**	**198 867 $**
Déficience physique ou intellectuelle		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	54 260 $	55 454 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	35 644 $	36 428 $
L'Association des handicapés gaspésiens	44 229 $	45 202 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	25 254 $	25 810 $
Les Amirams de la Vallée inc.	37 022 $	37 837 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	27 874 $	28 487 $
La Maison des tournesols	13 148 $	13 437 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	11 238 $	11 485 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	35 394 $	36 173 $
Association des personnes handicapées Entre amis du Témiscouata	48 522 $	49 589 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	65 800 $	71 250 $
Association de la déficience intellectuelle (région Rimouski)	23 910 $	25 436 $
Association Multi-défis	38 476 $	39 322 $
Société d'autisme régionale BSL, Gaspésie, Les Îles	54 333 $	69 900 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	64 224 $	65 637 $
Association québécoise pour les enfants atteints d'audi-multité BSL	7 187 $	16 659 $
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	45 797 $	26 805 $
Répit–Loisirs Autonomie	0 $	11 000 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	15 000 $	21 000 $
Total Déficience physique ou intellectuelle	**647 312 $**	**686 911 $**

[3] Les données qui suivent n'ont pas fait l'objet d'une vérification par le Vérificateur général du Québec.

ORGANISMES	Enveloppe 2006-2007	Enveloppe 2007-2008
Centres de bénévolat		
Centre d'action bénévole des Basques inc.	9 145 $	9 346 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	6 860 $	7 011 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	18 969 $	19 386 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	24 484 $	25 023 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	23 678 $	25 534 $
Centre d'action bénévole région Rimouski	19 434 $	19 861 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	9 716 $	9 930 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	9 145 $	9 346 $
Total Centres de bénévolat	**121 431 $**	**125 437 $**
Santé physique		
Association du cancer de l'Est du Québec	23 202 $	6 543 $
Les Diabétiques amis du K.R.T.B.	5 184 $	14 900 $
Arc-en-ciel du cœur	8 225 $	8 406 $
Diabète Bas St-Laurent inc.	13 291 $	32 850 $
Total Santé physique	**49 902 $**	**62 699 $**
Personnes démunies		
Moisson Kamouraska	17 686 $	44 984 $
La Cuisine collective de la région de Matane	34 513 $	36 271 $
Moisson Vallée Matapédia	39 789 $	64 484 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	17 470 $	20 397 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	40 611 $	68 369 $
Cuisines collectives de Dégelis	48 038 $	47 449 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	36 569 $	35 692 $
Carrefour d'initiatives populaires de Rivière-du-Loup	49 803 $	53 832 $
Tandem-Jeunesse	198 526 $	237 500 $
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	284 608 $	302 600 $
Le Répit du passant	307 236 $	241 330 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	199 260 $	192 500 $
Cuisines collectives de Cabano	22 112 $	20 902 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	17 867 $	16 591 $
Total Personnes démunies	**1 314 088 $**	**1 382 901 $**
Assistance et accompagnement		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – BSL	**170 714 $**	**0 $**
Maisons d'hébergement pour femmes		
La Gigogne inc.	507 226 $	578 260 $
La Débrouille	524 985 $	605 982 $
L'Autre-Toit du KRTB	495 174 $	555 470 $
Total Maison d'hébergement pour femmes	**1 527 385 $**	**1 739 712 $**
CALACS		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	226 115 $	241 090 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	0 $	57 648 $
Total CALACS	**226 115 $**	**298 738 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2006-2007	Enveloppe 2007-2008
Centres de femmes		
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	143 180 $	170 348 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	142 416 $	163 962 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	141 011 $	168 904 $
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia inc.	143 011 $	164 604 $
La Maison des femmes de la région de Rimouski	145 233 $	166 148 $
Centre-femmes du Grand-Portage	144 768 $	169 015 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	141 123 $	163 966 $
Centre de femmes du Témiscouata	141 115 $	163 961 $
Centre Femmes de la Mitis	140 980 $	163 888 $
Total Centres de femmes	**1 282 837 $**	**1 494 796 $**
Organismes conjoints violents		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	133 709 $	132 649 $
Trajectoires hommes du KRTB	133 709 $	132 649 $
Total Organismes conjoints violents	**267 418 $**	**265 298 $**
Maison des jeunes		
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	75 323 $	76 946 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	76 714 $	78 368 $
Quartier-jeunesse 1995	76 713 $	78 367 $
Maison des jeunes de Matane	97 524 $	99 660 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	92 224 $	94 243 $
La Maison des jeunes de Causapscal	63 548 $	64 835 $
La Maison des jeunes de Sayabec	71 141 $	72 672 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	100 133 $	102 326 $
Maison des jeunes de Rimouski	97 524 $	99 660 $
La Maison des jeunes du Bic	71 141 $	72 672 $
La Corporation de l'Entre-Jeunes de Rivière-du-Loup	71 141 $	72 672 $
Centre-jeunes de Cacouna	35 045 $	35 597 $
Maison des jeunes Entre-deux de Cabano	33 102 $	33 667 $
Maison des jeunes Pirana	33 102 $	33 667 $
La Maison des jeunes de St-Épiphane	63 548 $	64 835 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	34 766 $	35 367 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	41 367 $	42 167 $
Place des jeunes de Squatec	38 221 $	38 898 $
Maison des jeunes « Le Coin de Dégelis »	55 526 $	56 637 $
Corporation de comité jeunesse 1997	34 577 $	35 119 $
Maison des jeunes « La Piôle »	22 673 $	22 953 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	41 366 $	42 166 $
Point service St-Gabriel (Jeunes Mt-Joli)	65 820 $	67 268 $
Total Maisons de jeunes	**1 392 239 $**	**1 420 762 $**
Justice alternative		
Fonds jeunesse B.B.R. inc.	179 911 $	183 869 $
Justice alternative du KRTB inc.	139 989 $	143 069 $
Total Mesures de rechange	**319 900 $**	**326 938 $**
Concertation régionale		
Mouvement action communautaire Bas St-Laurent	84 778 $	85 621 $
ROCASM du Bas du Fleuve	12 399 $	22 118 $
Total Concertation régionale	**97 177 $**	**107 739 $**
Mesures reliées au SIDA		
M.A.I.N.S. Bas-St-Laurent	**56 073 $**	**123 250 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2006-2007	Enveloppe 2007-2008
Santé mentale		
Association québécoise pour la readaptation psychosociale	0 $	5 000 $
Périscope des Basques	74 353 $	75 989 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	95 068 $	97 159 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	99 752 $	103 847 $
Rayon de partage en santé mentale	94 811 $	96 897 $
La Maison des tournesols	93 472 $	95 528 $
Ass. can. pour la santé mentale, filiale du Bas du Fleuve	148 133 $	151 535 $
Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du BSL	695 570 $	722 602 $
PLAIDD-BF	76 426 $	81 700 $
Centre d'entraide l'Horizon de Rivière-du-Loup	109 101 $	111 501 $
Centre prévention suicide du KRTB	145 360 $	156 559 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	315 248 $	321 828 $
Source d'espoir du Témis. inc.	104 195 $	104 372 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	141 602 $	145 674 $
Total Santé mentale	**2 193 091 $**	**2 270 191 $**
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	**10 744 353 $**	**11 297 909 $**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN MAINTIEN À DOMICILE

ORGANISMES	2006-2007	2007-2008
Maintien à domicile et AVD		
Relais Santé (Matane)	24 898 $	25 446 $
Société Alzheimer du Bas-St-Laurent	114 322 $	116 837 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	106 754 $	109 103 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane	96 338 $	98 457 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	92 036 $	94 061 $
Centre d'action bénévole région Rimouski	163 712 $	167 314 $
Popote le gourmet roulant inc.	6 860 $	7 011 $
Les Bourgeons de la Mitis	118 535 $	119 925 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	125 394 $	128 153 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	273 931 $	297 880 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	57 566 $	58 832 $
Centre d'action bénévole région Témis. Inc.	265 615 $	284 696 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	13 169 $	13 459 $
Coup de main à domicile de Rimouski	144 982 $	146 820 $
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	134 416 $	126 559 $
Les Services à domicile de la région de Matane	131 362 $	134 820 $
Services Kam-Aide inc.	130 956 $	139 270 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	13 632 $	13 932 $
Logis-Aide des Basques	71 697 $	78 414 $
Total Organismes communautaires en maintien à domicile	**2 086 175 $**	**2 160 989 $**
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**12 830 528 $**	**13 458 898 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	**142**	**142**

* Il peut arriver qu'on dénombre plus d'une fois un même organisme si celui-ci reçoit des subventions pour différents programmes et inclut les entreprises d'économie sociale, des organismes rattachés à un autre ministère et des organismes hors région.

Les subventions listées ci-dessus proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2006-2007	2007-2008
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	10 260 784 $	11 152 097 $
Aide à la vie domestique	1 018 516 $	1 069 841 $
Stimulation précoce Politique Santé Bien-Être	36 833 $	37 643 $
Soutien à la concertation régionale	85 565 $	87 448 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	283 611 $	84 504 $
Autres allocations récurrentes	347 808 $	355 459 $
Autres allocations non récurrentes	797 411 $	671 906 $
	12 830 528 $	**13 458 898 $**

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Annexe

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Adopté par le conseil d'administration le 27 novembre 2002

INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du conseil d'administration (ci-après nommés « le membre ou les membres du conseil d'administration ») de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après nommée « la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent »).

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administratrices et des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de conseil d'administration d'une régie régionale (article 406 de la Loi).

> « ... *les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la régie et de la population de la région pour laquelle la régie est instituée.* »

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « ...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens... »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.Q.2001, ch. 24), le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population
- définir les politiques et orientations
- allouer les ressources
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont désormais assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (après appelé « le Règlement ») découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, lequel règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi du Vérificateur général (L.R.Q. c. V-5.01), ... ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises ».

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

1. CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer la citoyenne ou le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article I de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

> « ... Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

> « ... Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :
>
> 1° La raison d'être des services est la personne qui les requiert;
>
> 2° Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
>
> 3° L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;
>
> 4° L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
>
> 5° L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. »

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagères et aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

> « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources »
>
> « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée »

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, exige que les membres du conseil d'administration de toute régie régionale se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement (articles 34 et 35). On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle.

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

Attendu que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

Attendu que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

Attendu les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;

Attendu la mission et les valeurs organisationnelles de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Bas-Saint-Laurent en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.
- Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionné. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Agir avec objectivité

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Agir avec honnêteté et intégrité

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et porter atteinte à la vie privée d'une citoyenne ou d'un citoyen. La présidente ou le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

Agir sans partisanerie politique

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Agir avec loyauté

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

Agir avec respect et dignité

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

Éviter tout conflit d'intérêts

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général, cette personne doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Activités politiques

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, la présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

La présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui veut présenter sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, cette personne est en droit de demander et d'obtenir un congé non rémunéré à compter du jour de l'annonce de sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la présidente ou du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues ; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Responsable de l'application

La présidente ou le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

Obligation de respect du code et déclaration des intérêts détenus par le membre du conseil d'administration

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Manquements aux principes d'éthique et aux règles de déontologie

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

La présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, elle ou il peut mettre sur pied un comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors lui donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Ce comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception de la présidente ou du président du conseil d'administration, de la vice-présidente ou du vice-président et de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général.

Si elle ou il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, la présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.